Niveau(x) d'enseignement: 8 Numéro EDUQ : 0570604
Centre d'intérêt: 851

Comité interministériel sur les sages-femmes (Québec).

Les sages-femmes, proposition d'un profil professionnel et hypothèse de formation : rapport / du Comité interministériel sur les sages-femmes, oct. 1983. -- Québec : Ministère de l'enseignement supérieur, de la science et de la technologie, [1985?].
xi, 371 p. : graph. ; 28 cm.

Code: 1110-0010. Bibliogr.: p. 275-279, 355. Glossaire: p. 269-272.

ISBN 2-550-08321-0

Descripteur(s): *Sciences de la santé *Service de santé *Infirmière *Formation professionnelle *Statut *Programmes de formation *Elaboration de programme *Universitaire (Niveau)

Identificateur(s) de sujet: *Sage-femme

La Direction générale de l'enseignement collégial et la Coordination à la condition féminine créaient, au printemps 1981, un comité interministériel de travail sur les sages-femmes. Il reçut pour mandat d'analyser le contenu du rapport intitulé "Inventaire des tâches et opérations de l'intervenante en santé obstétrique" (DGEC, 1980) et d'en tirer des conclusions quant à la fonction spécifique de sage-femme. Le comité devait faire ressortir les éléments essentiels qui devraient constituer un profil professionnel des sages-femmes et déterminer, à partir de là, les composantes majeures d'un programme de formation.

La démarche du comité s'est effectuée en trois temps. La première étape fut consacrée à une cueillette systématique des données: revue de la documentation pertinente, recherche sur les chambres de naissance implantées dans les hôpitaux québécois et missions aux Etats-Unis et en Europe. Les données recueillies furent, dans un second temps, classées et analysées. Une version préliminaire du rapport fut rédigée. La troisième étape fut consacrée à un examen critique des conclusions du comité. Pour ce faire, le comité consulta divers groupes ou organismes intéressés au dossier et fit lire son rapport préliminaire à divers spécialistes.

Le comité présente 21 recommandations. Il recommande notamment que la définition de l'exercice de la profession de sage-femme au Québec soit celle adoptée en 1972 par la Confédération internationale des sages-femmes; que la sage-femme soit intégrée dans le réseau des services de santé et rattachée, à titre de salariée, aux CLSC; que la profession de sage-femme soit légalement reconnue au Québec par une loi; qu'un programme spécifique de formation de sage-femme soit créé et que le programme de formation de base donne lieu à un diplôme de sage-femme du niveau du premier cycle universitaire.

Type de document: q

EDUQ 8570604

Les sages-femmes : Proposition d'un profil professionnel et hypothèses de formation

Rapport du
Comité interministériel
sur les sages-femmes

Québec

EDUQ 8570604

Les sages-femmes : Proposition d'un profil professionnel et hypothèses de formation

Rapport du Comité interministériel sur les sages-femmes

Octobre 1983

Québec

© Gouvernement du Québec
Ministère de l'Enseignement supérieur,
de la Science et de la Technologie

ISBN 2-550-08321-0

Dépôt légal — deuxième trimestre 1985

Remerciements

De nombreuses personnes, plusieurs groupes et organismes ont collaboré à la réalisation de ce rapport. Les commentaires adressés au comité, la collaboration obtenue à chacune des étapes de travail ainsi que l'intérêt soutenu qui lui a été manifesté sont autant d'éléments qui ont concouru à la production de ce document.

Que ces personnes, que ces groupes et organismes reçoivent ici les remerciements sincères de toutes les membres du comité.

Nous tenons également à remercier la responsable de la dactylographie et de la mise en page du rapport qui s'est avérée une collaboratrice précieuse.

Note

Tout au long du rapport, les termes «sages-femmes» et «infirmières» sont employés au féminin. Il s'agit là d'un choix du comité qu'on ne saurait interpréter dans le sens d'une exclusion des hommes de ces professions.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Remerciements i

Table des matières iii

Liste des tableaux ix

Liste des annexes xi

Introduction 1

1. Présentation du rapport 3

2. Création du comité 4

3. Mandat du comité 5

4. Composition du comité 7

5. Méthodologie 8

6. Rédaction du rapport 9

PREMIÈRE PARTIE: LES SAGES-FEMMES AU QUÉBEC: UN BESOIN RÉEL, UN PROJET RÉALISABLE 11

Présentation 13

CHAPITRE 1: Des sages-femmes pour les Québécoises: un besoin réel 15

1.1 Présentation 15

1.2 Sage-femme: une profession reconnue internationalement mais non au Québec 16

1.2.1 Les sages-femmes sur le plan international 16

1.2.2 Les sages-femmes au Québec 18

1.3 La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement 22

1.3.1 La périnatalogie, une science de la prévention 22

1.3.2 Des statistiques enviables mais trompeuses 23

Pages

1.3.3 Les conséquences pour les femmes de l'introduction de la périnatalogie 26

1.3.4 La médicalisation: un mal nécessaire? 28

1.3.5 L'amorce d'un réajustement 32

1.4 Une intervenante responsable des cas normaux: un consensus établi 34

1.4.1 Dans les politiques gouvernementales 35

1.4.2 Au sein d'organismes professionnels 39

1.4.3 Dans les groupes de pression de femmes 40

1.5 Conclusion 41

CHAPITRE 2: Des sages-femmes au Québec: un projet réalisable .. 45

2.1 Présentation 45

2.2 Estimation du nombre requis de sages-femmes 45

2.2.1 Evaluation d'une clientèle pour des sages-femmes 46

2.2.2 Estimation du nommbre requis de sages-femmes 50

2.2.3 Le nombre requis sur la base d'un besoin permanent .. 53

2.3 Réinstallation de la sage-femme: coûts afférents 55

2.3.1 Coûts directs 55

2.3.2 Autres coûts 59

2.4 Conclusion 62

DEUXIÈME PARTIE: LE PROFIL PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES 63

Présentation 65

Pages

CHAPITRE 3: Le champ professionnel de la sage-femme 67

3.1 Présentation 67

3.2 Philosophie à la base de la définition de la sage-femme 68

3.3 Domaines d'activités 71

3.4 Tâches de la sage-femme 73

3.4.1 Accueillir, informer et éduquer 73

3.4.2 Recueillir les données, observer, évaluer 74

3.4.3 Planifier, programmer 75

3.4.4 Fournir l'accompagnement et le support psychologique. 76

3.4.5 Soigner et traiter 76

3.4.6 Enseigner, faire de la recherche 77

3.4.7 Participer à la gestion des ressources humaines et matérielles 79

3.5 Conclusion 79

CHAPITRE 4: Les lieux d'exercice de la sage-femme 81

4.1 Présentation 81

4.2 La situation à l'étranger 82

4.2.1 Le département d'obstétrique d'un centre hospitalier. 83

4.2.2 Le Centre alternatif de naissance 86

4.2.3 La maternité 89

4.2.4 Le centre de santé communautaire 91

4.2.5 La maison privée 92

4.3 La situation québécoise 94

4.3.1 La phase prénatale 95

Pages

4.3.2 La phase natale 96

4.3.3 La phase postnatale 98

4.3.4 Les régions éloignées et isolées 100

4.4 Les lieux d'exercice possibles de la sage-femme au Québec .. 101

4.4.1 L'utilisation des structures déjà existantes 101

4.4.2 L'élargissement du concept de chambres de naissance à celui de Centre alternatif de naissance 104

4.4.3 La création de maternités 105

4.4.4 Les régions éloignées et isolées 106

4.5 Conclusion 107

CHAPITRE 5: Le statut professionnel des sages-femmes 109

5.1 Présentation 109

5.2 Situation juridique actuelle des sages-femmes au Québec 110

5.3 Étude comparative 114

5.3.1 Canada 115

5.3.2 États-Unis 119

5.3.3 Europe 133

5.4 Les leçons de l'expérience 141

5.5 Conclusion 146

TROISIÈME PARTIE: LA FORMATION DE SAGES-FEMMES 149

Présentation 151

CHAPITRE 6: Le niveau de formation 153

6.1 Présentation 153

Pages

6.2 Les compétences requises 154

6.2.1 Les connaissances 155

6.2.2 Les habiletés 157

6.2.3 Les attitudes 159

6.3 L'expérience clinique 160

6.4 La situation à l'extérieur du Québec 164

6.4.1 Au Canada 165

6.4.2 Aux États-Unis 166

6.4.3 L'Europe 168

6.5 Une proposition pour le Québec 171

6.6 Conclusion 174

CHAPITRE 7: Le programme de sage-femme dans la structure universitaire: situation et conditions d'accès .. 177

7.1 Présentation 177

7.2 Une école autonome ou un programme intégré 177

7.2.1 Une école autonome, une solution idéale 178

7.2.2 Un programme intégré, une solution réaliste 179

7.2.3 Un programme intégré, mais à certaines conditions ... 180

7.3 L'accès au programme de sage-femme: une question de prérequis ou de voie d'accès 181

7.3.1 Le nursing, une voie d'accès plutôt qu'un prérequis . 182

7.3.2 La reconnaissance des acquis expérientiels, une autre voie d'accès 184

7.4 Conclusion 185

Pages

Conclusion 187

1. Les tâches 189

2. Lieux d'exercice 191

3. Statut professionnel 192

4. Formation 193

ANNEXES 197

LISTE DES TABLEAUX

Pages

1. Humanisation des soins en périnatalité. Quelques faits marquants..... 36

2. Taux de fécondité, nombre de naissances et nombre d'accouchements selon le groupe d'âge de la mère, Québec 1981..... 48

3. Clientèle potentielle des sages-femmes selon l'âge de la mère et diverses hypothèses quant aux pourcentages de femmes pouvant solliciter les services d'une sage-femme, Québec, 1981..... 50

4. Nombre requis de sages-femmes selon l'âge de la mère et diverses hypothèses de clientèle potentielle, Québec, 1981..... 52

5. Estimation du coût unitaire global d'une grossesse et d'un accouchement (consultation auprès d'un omnipraticien en cabinet privé)..... 57

6. Statut juridique des sages-femmes dans les provinces et territoires du Canada..... 116

7. Statut juridique des praticiennes autres que les médecins pouvant assumer des responsabilités en obstétrique (suivi de grossesse et accouchement) dans les états et districts américains..... 121

8. Quelques caractéristiques des conditions de formation des sages-femmes dans les pays européens..... 169

LISTE DES ANNEXES

Pages

1. Étude quantitative de la grossesse et de l'accouchement au Québec..... 199

2. Étude de huit chambres de naissance du Québec..... 281

3. Problématique des régions isolées: le cas particulier du Nouveau-Québec..... 325

4. Lois des états ou pays cités..... 357

Introduction

1. Présentation du rapport

Le Conseil du statut de la femme déposait, en 1978, un rapport intitulé Pour les Québécoises: égalité et indépendance (1). Le gouvernement du Québec s'est formellement engagé à y donner suite et a requis, à cette fin, la collaboration des ministères concernés (2).

Ce rapport s'inscrit dans la foulée des actions entreprises au ministère de l'Éducation afin qu'il puisse remplir ses engagements au regard des recommandations qui lui étaient adressées dans le cadre de la nouvelle politique d'ensemble de la condition féminine. Il est le fruit d'une réflexion collective menée par un comité interministériel de travail présidé et animé par la responsable de la Coordination à la condition féminine du ministère de l'Éducation. Il propose un profil professionnel des sages-femmes dont, il dégage les lignes directrices en vue de l'élaboration d'un programme de formation.

La présentation du comité interministériel ainsi qu'un bref historique de ses travaux font l'objet de cette introduction. Les lignes directrices qui ont orienté la définition du profil professionnel

---

1. Conseil du statut de la femme, Pour les Québécoises: égalité et indépendance, Québec, Éditeur officiel, 1978.

2. Cet engagement a été pris par le Premier ministre dans le discours inaugural qu'il a prononcé à l'occasion de l'ouverture de la quatrième session de la 31e Législature, (Assemblée nationale du Québec, Journal des débats, Quatrième session, 31e Législature, 21 (1): 8).

proposé ici se sont articulées à la suite d'une analyse faisant ressortir le besoin de sages-femmes au Québec ainsi que les coûts prévisibles liés à leur insertion sur le marché des professionnels de la santé. Nous en traitons dans la première partie de ce rapport. Par la suite, dans une deuxième partie, nous identifions le champ professionnel des sages-femmes, leurs lieux d'exercice et leur statut professionnel. Dans une troisième partie, nous dégageons les bases de la formation de ces professionnelles. En guise de conclusion à ce rapport, nous formulons les recommandations qui en découlent.

2. Création du comité

En 1979, le ministère de l'Éducation confiait à une coordonnatrice ministérielle le mandat de donner suite aux recommandations que lui avait adressées le Conseil du statut de la femme (1) dans son rapport (2). L'une de ces recommandations se libellait ainsi:

> "Que le ministère de l'Éducation, après une consultation avec le milieu d'enseignement collégial, le milieu universitaire et l'Ordre des infirmières du Québec, crée un programme d'études de spécialisation en obstétrique pour les infirmières" (3).

---

1. Ce mandat relève actuellement de la Coordination à la condition féminine du ministère.
2. Conseil du statut de la femme, op. cit.
3. Id: 100.

Une démarche préliminaire fut entreprise afin de déterminer les suites appropriées à cette recommandation. Des tables de consultation furent organisées à l'initiative de la Direction générale de l'enseignement collégial. Elles réunissaient des personnes intéressées à divers titres au dossier des sages-femmes et qu'on invitait à tracer un premier portrait de ces professionnelles. Elles donnèrent lieu à la production d'un rapport (1).

La recommandation précitée invitait le Ministère à s'impliquer dans le dossier des sages-femmes par le biais de la formation. On y demeurait cependant très conscient que la problématique dépassait largement ce seul aspect et appelait des collaborations extérieures. C'est donc dans cette perspective, les tables de consultation ayant révélé la pertinence de pousser plus avant les travaux, qu'un comité interministériel de travail sur les sages-femmes fut créé au printemps 1981. Il s'agissait d'une initiative concertée de la part de la Direction générale de l'enseignement collégial et de la Coordination à la condition féminine.

3. Mandat du comité

Le comité avait comme mandat d'analyser le contenu du rapport intitulé Inventaire des tâches et opérations de l'intervenante en santé obstétrique (2) et d'en tirer les conclusions majeures relativement

---

1. Courchesne, M. C., Inventaire des tâches et opérations de l'intervenante en santé obstétrique (sage-femme). Ministère de l'Éducation, Direction générale de l'enseignement collégial, 1980.

2. Id.

à la fonction spécifique de sage-femme. La préoccupation qui devait guider les travaux était de mettre en relief les éléments essentiels devant constituer un profil professionnel des sages-femmes et à partir desquels on pouvait déterminer les éléments majeurs d'une formation.

Le libellé de la recommandation du Conseil du statut de la femme citée précédemment invitait à réserver aux seules infirmières l'accès à un futur programme de formation de sages-femmes. La présidente de cet organisme, dans un discours prononcé lors de l'assemblée annuelle de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, a nuancé cette orientation. Elle a en effet indiqué "qu'il ne faudrait pas (...) exclure (...) de la formation les autres femmes qui ont contribué à garder vivante la tradition des sages-femmes au Québec, et qui ne sont pas infirmières" (1).

Le comité a voulu tenir compte de cette préoccupation. Elle lui paraissait en effet de nature à favoriser un examen plus complet du dossier. Il s'est donc engagé dans ses travaux en ne présumant, à priori, d'aucune restriction au niveau de la formation et de l'accès à la profession.

---

1. Bonenfant, C. La sagesse des femmes, Conférence prononcée à l'assemblée annuelle de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, Ottawa, avril 1981, p. 15.

4. Composition du comité

Divers ministères et organismes furent sollicités afin qu'ils délèguent des personnes-ressources pour participer aux travaux du comité sur la définition de la fonction de sage-femme au Québec. Les réponses obtenues ayant été positives, la composition finale du comité s'établissait ainsi:

Audette, Gisèle	Coordonnatrice, Service Consult-Action, Conseil du statut de la femme
Boilard, Huguette	Infirmière en périnatalité, C.L.S.C. Lotbinière Ouest
Breton, Nicole (1)	Avocate, Direction du service juridique, ministère des Affaires sociales
Gagnon, Diane	Coordonnatrice, Coordination à la condition féminine, ministère de l'Éducation
Michon, Lucie	Démographe, Service de la Recherche, Office des professions du Québec
Paquet, Lucie	Responsable des dossiers de la santé, Secrétariat d'État à la condition féminine (2)
Séguin, Monique (3)	Coordonnatrice, Service de la condition féminine, ministère des Affaires sociales

---

1. Madame Breton s'est jointe au comité à l'automne 1981.

2. Madame Paquet a quitté le Secrétariat d'État à la condition féminine à l'automne 1982. Elle a cependant accepté de maintenir sa collaboration au comité.

3. Madame Séguin a remplacé, à l'automne 1981, madame Louise Larochelle, avocate, qui était à l'origine la personne-ressource désignée par le ministère des Affaires sociales.

Tremblay, Nicole (1)	Responsable des programmes en techniques de santé, Direction générale de l'enseignement collégial, ministère de l'Éducation

Le travail des membres du comité fut soutenu, au plan technique, par deux contractuelles. Marie-Christine Courchesne, à l'emploi de la Direction générale de l'enseignement collégial, a agi comme secrétaire du comité et Louise-Andrée Saulnier, sous contrat avec la Coordination à la condition féminine, a assumé divers travaux de recherche et collaboré à la rédaction du rapport.

5. Méthodologie

Le travail du comité s'est organisé à partir d'une méthodologie comportant trois étapes majeures. La première, consécutive à l'élaboration d'un plan de travail, fut consacrée à une cueillette systématique des données requises. À cette fin, trois moyens furent retenus: une revue analytique de la littérature tant québécoise qu'étrangère, une recherche sur les chambres de naissance implantées dans les hôpitaux québécois et l'organisation de deux missions

---

1. Madame Tremblay a remplacé, à l'automne 1982, monsieur Claude Ruel. Ce dernier fut, à l'origine, l'un des co-responsables du dossier des sages-femmes au ministère de l'Éducation. C'est sous sa supervision que fut produit l'Inventaire des tâches et opérations de l'intervenante en santé-obstétrique (Courchesne, op. cit.).

d'étude, l'une américaine, l'autre européenne. La seconde étape en fut une de synthèse et d'analyse. Les données recueillies furent classées en fonction des thèmes-clé du plan de travail et donnèrent lieu à l'élaboration d'options qui furent analysées à la lumière d'une grille dont le comité s'était préalablement doté. Une version préliminaire du rapport fut alors rédigée. La troisième étape fut consacrée à un examen critique des conclusions du comité par des ressources extérieures à celui-ci. Dans ce but, une dizaine de lectrices et lecteurs furent retenus sur la base de leur compétence professionnelle et de leur connaissance du dossier des sages-femmes. Le comité a également rencontré les groupes et organismes qui lui ont manifesté leur intérêt pour ce dossier. Il a discuté les commentaires recueillis au cours de cette opération avant d'arrêter ses positions de façon définitive. En cela, cette consultation a contribué à orienter le contenu final du rapport.

6. Rédaction du rapport

Tous les membres du comité ont participé directement à la rédaction de ce rapport. Toutefois, pour des fins d'unité dans la présentation et le style, la rédaction finale a été assurée par Diane Gagnon.

PREMIÈRE PARTIE

LES SAGES-FEMMES AU QUÉBEC:
UN BESOIN RÉEL, UN PROJET RÉALISABLE

Présentation

La sage-femme, intervenante responsable des grossesses et des accouchements normaux, correspond-t-elle, dans le Québec contemporain, à un besoin réel et à un projet réalisable? Telle est la question que le comité a voulu aborder préalablement à toute définition du profil professionnel de cette intervenante et à l'analyse de la formation requise.

En réponse à la première partie de cette question, le comité met en relief que le besoin d'une intervenante responsable des grossesses et des accouchements normaux s'impose à la suite de la tendance très nette à la médicalisation qui a marqué l'évolution récente de la périnatalité au Québec. En poussant plus avant son analyse, il a également été en mesure d'indiquer que ce besoin était largement ressenti et partagé. Il s'exprime en effet autant dans les politiques gouvernementales, au sein d'organismes professionnels que dans les revendications des groupes féminins de pression. La sage-femme correspond donc à un besoin réel. Tel est le propos qui sera développé dans le premier chapitre.

Pour pouvoir répondre à la deuxième partie de la question, le comité a procédé en deux temps. Il a d'abord démontré, sur la base de scénarios probabilistes, que le nombre requis de sages-femmes était suffisant pour justifier la dépense d'énergie qu'implique l'introduction d'une nouvelle intervenante dans le domaine de la périnatalité. Ensuite, en procédant à une analyse des coûts économiques associés à une modification

possible dans le partage des responsabilités professionnelles relatives à la maternité, le comité souligne qu'une telle modification n'occasionnerait pas une inflation des coûts mais au contraire pourrait représenter, à certains égards, des économies. Conséquemment, les sages-femmes constituent un projet réalisable. Tel est le sens du contenu du deuxième chapitre.

CHAPITRE 1

Des sages-femmes pour les Québécoises: un besoin réel

1.1 Présentation

Au cours des dernières années, la demande relative à l'élaboration d'un programme de formation de sages-femmes est apparue avec une vigueur nouvelle au Québec. Pour en évaluer la pertinence, nous avons cherché à connaître l'importance de la profession de sage-femme dans le monde et sa place dans l'histoire du Québec.

Afin de mieux cerner les motifs à la base de cette demande, nous avons ensuite procédé à l'analyse de l'évolution récente de l'obstétrique. On y a découvert que les objectifs de prévention de mortalité maternelle et périnatale ainsi que de morbidité périnatale se sont traduits par l'utilisation de plus en plus fréquente d'une technologie sophistiquée qui se fait souvent aux dépens de la dimension humaine de la grossesse et de l'accouchement et qui, sous certaines conditions, peut même s'avérer iatrogène.

Enfin, pour saisir le sens de cette demande, nous avons analysé les discours tenus autour de la conception globale de la santé et plus spécifiquement de la périnatalité. Un consensus s'y est révélé quant à la nécessité d'une intervenante en santé habilitée à porter

assistance et conseil à la femme enceinte tout au cours de sa maternité. C'est d'ailleurs à partir de ce consensus que nous avons dégagé, en conclusion, les principes directeurs dont le comité s'est servi comme grille d'analyse tout au cours de ses travaux.

Les diverses sections de ce chapitre rendent compte de notre démarche.

1.2 Sage-femme: une profession reconnue internationalement, mais non au Québec

Reconnues internationalement, les sages-femmes ont déjà fait partie des ressources dont les Québécoises pouvaient se prévaloir au moment de leur accouchement. Nous verrons qu'il s'agit là d'un besoin et d'une pratique que le temps n'est pas parvenu à tarir.

1.2.1 Les sages-femmes sur le plan international

Quelles que soient les époques et les cultures, les femmes se sont toujours entourées des soins d'une autre femme pour donner naissance à leurs enfants. Aussi n'est-il pas surprenant de retrouver, encore aujourd'hui, des sages-femmes sur tous les continents et dans presque tous les pays du monde. Ainsi, des deux cent dix

pays qui forment l'Organisation mondiale de la santé, huit seulement - dont le Canada - ne reconnaissent pas la profession de sage-femme (1).

Cette profession est solidement implantée en Europe. De tradition ancestrale, elle a su traverser le temps et s'adapter aux nombreux changements qui ont influé sur son évolution. Les sages-femmes européennes sont aujourd'hui responsables de la majorité des accouchements normaux. Elles constituent donc une intervenante de première importance dans le domaine de la périnatalité.

Les états américains font une place de plus en plus large aux sages-femmes et aux infirmières sages-femmes. Alors que certains d'entre eux autorisent la pratique d'une telle intervenante depuis de nombreuses années, plusieurs ont emboîté le pas au cours des années soixante-dix. La Californie, par exemple, votait en 1974 une loi autorisant la formation et le travail des infirmières sages-femmes sur son territoire (2).

---

1. Les autres pays sont le Vénézuéla, Panama, les Nouvelles-Hébrides, le Salvador, la République dominicaine, la Colombie et le Burundi (Naissance-Renaissance, Depuis que le monde est monde, Dossier d'accompagnement, Montréal, 1981).

2. Boilard, H., Gagnon, D., Séguin, M., Rapport de la mission en Californie sur les sages-femmes, Ministère de l'Éducation, Mai 1982.

Si le Canada compte au nombre des rares pays où la pratique des sages-femmes n'est pas légalisée (1), il n'en demeure pas moins que des mouvements en faveur d'une telle légalisation gagnent un nombre croissant de provinces. Ainsi en est-il de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et du Manitoba. Des travaux y sont amorcés en vue de demander la reconnaissance professionnelle des sages-femmes, tant de la part d'associations d'infirmières (2) que de divers groupes de femmes (3).

1.2.2 Les sages-femmes au Québec

Il y a déjà eu des sages-femmes au Québec. Leur histoire, essentiellement orale, est fort mal connue (4). L'érosion de leur pratique est intimement liée à l'évolution de la médecine et de

---

1. Dans quelques provinces canadiennes, on autorise les sages-femmes à pratiquer dans les régions éloignées. Ce sont Terre-Neuve, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest. On analysera plus en détail la situation qui prévaut dans l'ensemble du Canada au chapitre V.

2. Pour un rappel de ces initiatives, voir Hulburt, F., Midwiferey in Canada: a capsule history, The Canadian Nurse, 1981 (february): 30-31.

3. Midwifery Task Force Association and British Columbia Association of Midwife, Midwifery is a labour of love, Vancouver (B.C.) 1980; Community Task Force on Maternal and Child Health, Childbearing families and the law. A law review series. Midwifery Law, Winnipeg, (Manitoba), March 1981.

4. On trouvera un bref historique de la profession de sage-femme au Québec dans Naissance-Renaissance, op. cit.: 25-28.

l'éducation (1). Exclues, parce que femmes, des études supérieures (2), elles ont été tenues à l'écart du cumul des connaissances nouvelles dans le domaine de la santé. Parallèlement, les médecins se sont imposés de plus en plus comme les seuls intervenants dans ce domaine. Ils se sont ainsi assurés le "patronnage exclusif" pour reprendre l'expression de Bozzini et al (3).

Amorcée au cours du 19e siècle, l'érosion de l'exercice professionnel des sages-femmes s'est poursuivie jusqu'en 1940, dernière année au cours de laquelle le bureau de l'Ordre des médecins a émis des permis de pratique à des sages-femmes. Au moment de l'implantation du système d'assurance-maladie, peu de sages-femmes pratiquent encore. Mal acceptées dans les départements d'obstétrique, elles se sont repliées de plus en plus vers les régions éloignées. Puis, elles se sont finalement retirées de la pratique devant les pressions exercées sur elles.

Au moment où la pratique des sages-femmes est mise en veilleuse au Québec, l'université Laval en collaboration avec l'hôpital du Saint-Sacrement a créé, en 1962, un programme de spécialisation de

---

1. Un constat analogue se dégage de l'examen de l'histoire des sages-femmes américaines à l'aube du XXe siècle. A ce sujet, voir Devitt, N., The statistical case for elimination of the midwife: fact versus prejudice, 1890-1935, Women and Health, 1979, 4 (1 et 2): 81-94 et 169-186.

2. Au Québec, les portes des facultés de médecine sont demeurées fermées aux femmes jusqu'en 1930.

3. Bozzini, L., Contandriopoulos, A. P., La pratique médicale au Québec: mythes et réalités, Sociologie et Sociétés, 1977, IX (1): 33-54 (p. 35).

sages-femmes. Réservé aux infirmières, ce programme d'une durée de 9 mois préparait des religieuses et des laïques pour prendre en charge des maternités dans les pays en voie de développement ou encore pour assister les Québécoises en couches dans les régions éloignées, là où les médecins ne se rendaient pas. Jusqu'en 1972, date à laquelle on interrompra le programme, 103 sages-femmes ont été formées. À ce jour, aucune licence de sage-femme ne leur a été décernée par le Collège des médecins lequel, en vertu des dispositions de la Loi médicale (1), a l'autorité requise pour habiliter les sages-femmes à exercer leur profession.

Pour la plupart, ces sages-femmes sont maintenant de retour au Québec. Après avoir dirigé des maternités et assisté des accouchements dans des conditions de toutes sortes, elles sont aujourd'hui dispersées dans le réseau de la santé. Non reconnues comme sages-femmes, elles sont généralement affectées à des tâches d'infirmières.

Par ailleurs, on observe que celles qui disposent actuellement d'une compétence comme sage-femme - quel que soit le mode d'acquisition de cette compétence - sont de plus en plus sollicitées par des femmes désireuses de trouver une solution de rechange à l'accouchement traditionnel à l'hôpital. À cet égard, on assiste à une recrudescence de l'accouchement à la maison. Toutefois, en raison

---

1. Loi médicale, L.R.Q., c. M-9

du caractère non officiel du phénomène, il est difficile d'en évaluer l'ampleur (1).

Sensible au besoin qu'exprime cette tendance nouvelle, le Conseil du statut de la femme a proposé dans le rapport Pour les Québécoises: égalité et indépendance (2) de légaliser la pratique des sages-femmes. De l'avis du Conseil, la sage-femme constitue une ressource d'autant plus nécessaire que l'évolution récente de l'obstétrique confirme les tendances vers une médicalisation de plus en plus poussée, une assistance auprès de la femme enceinte de plus en plus morcelée et déshumanisée.

Parallèlement à cette prise de position, divers groupes de femmes se sont constitués pour revendiquer l'humanisation des grossesses et des accouchements et pour demander la légalisation de la profession de sages-femmes. Ces groupes sont actifs dans la plupart des régions du Québec. Finalement, une association de sages-femmes a été incorporée en 1980 sous le nom d'Association des sages-femmes du Québec.

---

1. Dans une récente publication du ministère des Affaires sociales, on estimait que le pourcentage de femmes qui accouchent à la maison se situait entre 1,5 et 2% du total des accouchements. Voir Morneault, M., Les chambres de naissance, Carrefour des Affaires sociales, 1983, 5 (3): 8-10.

2. Conseil du statut de la femme, op. cit.: 100.

1.3 La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement

Une des raisons à la base de la recommandation du Conseil du statut de la femme est l'excès de médicalisation des soins entourant la grossesse et l'accouchement. Nous verrons ce qui en est dans cette section et en quoi un réajustement s'impose.

1.3.1 La périnatalogie, une science de la prévention

L'origine des tendances à la médicalisation dans le domaine de l'obstétrique remonte à la création, dans les années soixante, d'une nouvelle spécialité médicale aux États-Unis: la périnatalogie. Elle se définit comme la "science qui traite de la santé du bébé durant la grossesse, l'accouchement et le premier mois de vie après la naissance" (1).

L'apparition de cette nouvelle spécialité répondait à la volonté de diminuer rapidement les taux de mortalité périnatale. L'accent a été mis sur la prévention et les efforts ont porté essentiellement sur l'identification des risques. De nombreuses recherches ont été entreprises afin de mieux connaître l'évolution du foetus dans l'utérus. Les phases actives du travail et de l'accouchement ont également fait l'objet d'une attention particulière. De nouvelles techniques ont été développées et des appareils sophistiqués ont été mis au point dans le but de détecter la moindre anomalie.

---

1. Rocheleau-Parent, Accoucher ou se faire accoucher, Carrefour des Affaires sociales, 1980, 2 (Septembre): 4-9.

Au Québec, cette nouvelle science a reçu une attention particulière. La politique de périnatalité élaborée par le ministère des Affaires sociales (1) en 1973 y fait une large place. Les objectifs visés par celle-ci sont les mêmes que ceux qui sont à l'origine du développement de la périnatalogie. Ils concernent la réduction de la mortalité tant maternelle que périnatale et de la morbidité périnatale. Les programmes prévus pour atteindre ces objectifs sont de trois ordres: l'amélioration des soins préventifs et curatifs, la formation du personnel et l'information au public. De ces trois programmes, seul le premier a reçu une attention qui s'est traduite dans les pratiques.

1.3.2 Des statistiques enviables mais trompeuses (2)

Les efforts entrepris pour donner suite à la politique de périnatalité ont certes apporté plusieurs des résultats attendus (3). En effet, à l'analyse des statistiques, on observe une diminution des taux de mortalité maternelle et périnatale. Le premier est passé de 2,1 décès maternels pour 10 000 naissances vivantes en 1972 à 0,6 en 1980 (4). Quant au second, il a presque diminué de moitié passant, en 1971, de 19,4 décès d'enfants entre la vingtième

---

1. Ministère des Affaires sociales, La périnatalité, une politique du ministère des Affaires sociales, Québec, 1973.

2. On trouvera à l'annexe I, page 199, une étude présentant une description statistique de la grossesse et de l'accouchement au Québec.

3. Pour un bilan de la politique de périnatalité, voir Blanchet, M. et Levasseur, M., Périnatalité: bilan et prospective, Carrefour des Affaires sociales, 1980, 2 (septembre): 10-28.

4. Voir le tableau 9, à l'annexe I, page 238.

semaine de gestation et les six premiers jours suivant l'accouchement à 10,6 en 1980 (1).

On note également des indices révélateurs d'une réduction de la morbidité périnatale, c'est-à-dire des séquelles neurologiques, intellectuelles et sensorielles reliées à des complications de grossesse. Des estimations indirectes tendent en effet à révéler qu'elle est en régression, traduisant "une évolution sinon vers une réduction de l'incidence du moins vers une diminution de la gravité des séquelles neurologiques" (2).

En somme, la situation qui prévaut au Québec quant aux statistiques maternelles et infantiles se compare avantageusement avec celle d'autres pays. Bien qu'on ne puisse se réjouir, comme la Finlande, d'être le pays avec le taux de mortalité infantile le plus bas au monde, soit 7,6 en 1980, on se situe néanmoins dans le peloton de tête avec un taux de 9,6 en 1980, devançant entre autres les États-Unis et la Grande-Bretagne dont les taux respectifs pour la même année s'établissaient à 12,5 et 11,8 (3).

Ces statistiques ont cependant un aspect caché. En matière d'obstétrique, on a assisté au cours des dernières années à une augmentation importante des interventions de toutes sortes au cours de la

---

1. Voir le tableau 11, à l'annexe I, page 241.
2. Blanchet et Levasseur, op. cit: 11.
3. Voir le tableau 19, à l'annexe I, 261.

grossesse et de l'accouchement (1). Ainsi, l'utilisation de l'ultra sonographie obstétricale, prévue pour des grossesses à risque, s'est généralisée. Entre 1980 et 1981, le nombre d'examens au cours desquels les ultrasons ont été utilisés a presque triplé (2). Une analyse des actes rémunérés en vertu de la Loi de l'assurance-maladie révèle également une nette tendance à l'augmentation du monitorage foetal, tant interne qu'externe (3), de l'induction médico-chirurgicale du travail et des césariennes (4).

Dans le même ordre d'idées, s'il est plus difficile de mesurer l'évolution de la pratique relative à l'épisiotomie (5) et à l'anesthésie obstétricale (6) étant donné que les statistiques officielles de la R.A.M.Q. ne permettant pas d'isoler ces actes, on peut raisonnablement affirmer, sur la base de certaines enquêtes, qu'il s'agit là de pratiques systématiques. Ainsi, en 1978, 95% des

---

1. Voir à ce sujet l'annexe I, page 199.

2. Ils sont en fait passés de 43 292 en 1980 à 120 659 en 1981 (Desmarais, M., Rapport sommaire sur le monitorage foetal intropartum), Ministère des Affaires sociales, Service de génie biomédical et de biophysique, août 1981).

3. En 1977, 0,3% des accouchements étaient monitorés en externe alors que 29,2% le sont en 1980 (Desmarais, op. cit.).

4. On trouvera dans le tableau 6 de l'annexe I, page 228, l'évolution du nombre de certains actes chirurgicaux entre 1977 et 1981.

5. La rémunération de l'épisiotomie est incluse dans les honoraires versés pour l'accouchement. Elle ne constitue donc pas un acte rémunéré explicitement par la R.A.M.Q.

6. L'anesthésie est un acte explicitement rémunéré par la R.A.M.Q. Toutefois, les statistiques ne permettent pas de distinguer les anesthésies pour des fins obstétricales des autres.

femmes qui accouchaient par voie naturelle ne recevaient aucune forme d'anesthésie (1) tandis qu'en 1979, un sondage révélait que l'épisiotomie était pratiquée dans plus de 80% des accouchements (2).

En somme, si le Québec a atteint plusieurs des objectifs qu'il s'était fixés dans le domaine de la périnatalité, il est apparu, en corollaire, un accroissement constant du nombre des interventions médicales tout au cours des différentes étapes du processus de maternité.

1.3.3 Les conséquences pour les femmes de l'introduction de la périnatalogie

Une telle médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, une telle prise en charge de la maternité par l'appareil médical a eu des conséquences importantes sur la façon dont cette maternité est vécue par les femmes. Aujourd'hui, la grossesse et l'accouchement ont perdu leur connotation de normalité. Ce sont des expériences présentées comme dangereuses par de nombreux médecins. Comme le souligne justement Rocheleau-Parent (3), même le vocabulaire a

---

1. Pour plus d'informations, voir Blanchet et Levasseur, op. cit.: 20-21.

2. Voir Levasseur, M. et Blanchet, M., Sondage sur l'humanisation des soins, Carrefour des Affaires Sociales, 1979, 2 (1): 28-33 (voir en particulier le tableau 14, page 33).

3. Rocheleau-Parent, op. cit.

changé; on ne dit plus d'un accouchement qu'il est normal; il est plutôt à risques minimums.

Médicalisés, la grossesse et l'accouchement sont ainsi devenus affaires de spécialistes. Un protocole rigide conditionne la façon dont les Québécoises donnent la vie. Une analyse des effets de l'application de ce protocole au cours des années 1971-1979 se traduit par le constat suivant:

> "(...) la tendance vers l'accouchement dirigé (avec monitorage), programmé (avec déclenchement pour raison autre que médicale) et chirurgical (césarienne ou épisiotomie) s'était fortement accentuée, notamment dans les villes, tandis que l'accouchement naturel n'avait pas progressé et était même en régression" (1).

Un tel constat s'impose non seulement à partir de l'examen des statistiques générales en obstétrique, mais également à partir de la description de la "routine" imposée à chaque femme tout au cours des différentes étapes de sa grossesse et de son accouchement (2).

À cet égard, il n'y a pas vraiment de choix possibles. La femme qui accouche est soumise à une "routine" hospitalière qui a pour effet de réduire considérablement sa marge d'autonomie, tant aux plans psychologique que physique. En effet, immobilisée en raison du soluté glucosé qu'on lui injecte et du moniteur foetal auquel

---

1. Blanchet et Levasseur, op. cit: 25.

2. On trouvera une telle description dans le document intitulé Accoucher ou se faire accoucher (Association pour la santé publique du Québec, Québec, 1980).

elle est reliée, elle n'a pratiquement aucune liberté de mouvement. Il lui est souvent interdit de s'alimenter, quelle que soit l'énergie qu'elle dépense durant le travail. Quant aux décisions influant sur le déroulement du processus (rupture artificielle des membranes, administration d'un analgésique, d'ocytocin, recours à l'anesthésie, etc.), elles sont considérées comme acquises à partir du moment où le médecin les a arrêtées.

Il ressort donc que l'attitude attendue de la part de la femme en est une de réceptivité passive par rapport aux décisions du médecin et de son équipe et de collaboration face aux interventions qui seront pratiquées sur elle. En somme, la gestion de l'accouchement appartient à l'équipe médicale. La principale intéressée est reléguée à un rôle de spectatrice consentante.

1.3.4 La médicalisation: un mal nécessaire?

Devant cet état de fait, force est de constater que le Québec n'a pas échappé à une médicalisation de plus en plus accentuée du processus de maternité. Était-ce un "mal" nécessaire? Les gains faits aux chapitres de la mortalité maternelle et périnatale sont-ils le seul résultat de l'augmentation des interventions dites préventives aux différentes étapes de la grossesse et de l'accouchement? Des accouchements dirigés, programmés et chirurgicaux sont-ils la seule façon pour les Québécoises et leur bébé de "survivre à

l'accouchement" comme le prétend un certain discours médical? Nous en doutons.

En effet, même s'il est indéniable que les progrès technologiques associés au développement de la périnatalogie ont permis de sauver des vies, ce n'est pas pour autant le seul facteur explicatif. Il faut de plus tenir compte d'un ensemble de variables socio-démographiques comme l'a souligné Bernard (1). Ce dernier a démontré qu'entre 1965 et 1974, de 30% à 40% de la baisse dans les taux de mortalité périnatale provenaient de changements dans la structure de l'âge de reproduction active des femmes et de la parité, c'est-à-dire du nombre d'enfants. Depuis 1974, ces changements ont continué de s'affirmer réduisant à la fois le nombre de multipares (4 enfants et plus) et le taux de fécondité des femmes de 35 ans et plus.

D'autres facteurs peuvent également être invoqués pour expliquer la baisse marquée du taux de mortalité maternelle et périnatale. Outre l'amélioration incontestable des conditions générales d'hygiène, il faut mentionner, à l'instar de Blanchet et Levasseur (2), une meilleure accessibilité aux services de santé favorisée par l'implantation, au début des années '70, du régime d'assurance-maladie. Un plus grand nombre de femmes se sont ainsi prévalues du suivi prénatal. Parallèlement au phénomène d'accessibilité aux

---

1. Bernard, J.M., Analyse de la mortalité infantile et périnatale Québec, 1965-1974, Ministère des Affaires sociales, 1978.

2. Blanchet et Levasseur, op. cit.

services, il faut rappeler la plus grande sensibilisation, tant du corps médical que des futures mères, aux conditions favorables à la grossesse et à l'accouchement.

En d'autre termes, le développement de techniques nouvelles n'est pas le facteur unique expliquant la baisse du taux de mortalité maternelle et périnatale.

De plus, l'utilisation systématique et généralisée d'une panoplie de techniques aux diverses phases de la grossesse et de l'accouchement n'est pas sans conséquences. Aussi on la remet de plus en plus en question vu les problèmes qu'elle entraîne ou en raison de l'absence de données scientifiques quant à l'innocuité des techniques utilisées (1). Par exemple, aucune recherche n'a prouvé le caractère inoffensif de l'ultra-sonographie obstétricale ou encore de la marcaine utilisée dans les anesthésies péridurales selon Rocheleau-Parent (2). En ce qui a trait au monitorage foetal, outre les problèmes qui y sont associés lorsqu'utilisé en interne (3), on

---

1. Pour un aperçu général sur le sujet, voir Caldeyro-Barcia, R. Some consequences of obstetrical interference, Birth and the Family Journal, 1975, 2 (2): 34-38.

2. Rocheleau-Parent, op. cit.

3. Les problèmes les plus fréquemment associés à l'utilisation de cette technique sont l'apparition, chez le foetus, d'un abcès au cuir chevelu, c'est-à-dire là où l'électrode a été branché, et chez la mère d'une infection intra-utérine (Blanchet et Levasseur, op. cit.). Un rapport préparé au ministère des Affaires sociales dresse le bilan des connaissances en matière de monitorage foetal. A ce sujet, voir Desmarais, op. cit.

le soupçonne d'être responsable d'une partie de l'augmentation du nombre de césariennes en raison de diagnostics non fondés de souffrance foetale posés suite à son utilisation. L'induction médico-chirurgicale du travail, les épisiotomies (1), l'anesthésie, les césariennes itératives (2) comptent également au nombre des interventions dont le recours systématique est remis en question (3). Finalement, certaines pratiques, telles le décubitus dorsal, l'installation d'un cathéter veineux, l'interdiction faite aux femmes en travail de manger, l'immobilisme auquel ces dernières sont astreintes sont au nombre des routines hospitalières dont les conséquences, tant physiques que psychologiques, sont remises en question (4).

---

1. Pour un rappel des auteurs émettant des réserves quant à la pratique systématique des épisiotomies, voir Coquatrix, N., Essai de l'anthropologie de l'obstétrique au Québec, Université laval, thèse de maîtrise, 1983.

2. L'importance des pratiques relatives aux césariennes ressort bien de l'étude de Vadhera, S. et Nair, C., intitulée Trends in caesarean section delivries, Canada, 1968-1977 (Canadian Journal of Public Health, 1982, 73 (1): 47-51). Quant à la pratique américaine, elle est présentée dans Maries king, H. I., An evaluation of caesarean section in the United States. Report of the Office of the Secretary, U. S. Department of Health, Education and Welfare, June 1979.

3. Blanchet et Levasseur (op. cit.) et Laurendeau, F. C., (Accoucher à l'hôpital, Université de Montréal, thèse de maîtrise en sociologie, 1978) rappellent quelques études critiques quant à la pertinence de l'utilisation indifférenciée de techniques obstétricales.

4. Laurendeau (op. cit.), par le biais d'une revue de littérature, a mis en relief les questions que soulèvent, de plus en plus, l'utilisation de telles pratiques et l'insistance avec laquelle elles sont présentées aux femmes au moment du travail et de l'accouchement. Ces questions émergent également des résultats d'une étude récente menée par questionnaire dans 567 hôpitaux canadiens. Pour plus de détails, voir Post, S., Family-centend maternity-care: the Canadian picture, Dimensions in Health Service, 1981, 58 (6): 26-31.

Ces questionnements remettent en cause le modèle préconisé par les médecins en matière d'obstétrique et font apparaître certaines des pratiques actuelles comme un mal qui n'est pas nécessaire.

1.3.5 L'amorce d'un réajustement

À la lumière de ce qui précède, le seul souci de prévention ne saurait justifier le recours systématique à une technologie dont on mesure encore mal toutes les conséquences et à une routine hospitalière lourde en interventions diverses.

Si aucun changement n'intervient et si les tendances observées se poursuivent au même rythme, on a lieu de croire qu'on pourrait assister à un accroissement important des interventions en cours de grossesse et d'accouchement (1). Un réajustement s'impose donc pour redonner à toutes les étapes de la maternité un aspect plus humain, pour les concevoir comme des expériences intenses à tous égards, mais normales, et pour en redonner le contrôle à la femme elle-même.

Cette idée s'impose de plus en plus dans de nombreux milieux et s'est déjà traduite par un effort d'humanisation des soins. Ainsi selon Blanchet et Levasseur (2), l'augmentation du nombre des

---

1. Tel est le sens de l'interprétation que suggère l'examen des données du tableau 6 de l'annexe I, page 228.

2. Blanchet et Levasseur, op. cit.

centres hospitaliers qui autorisent la présence d'une personne autre que le père dans la salle d'accouchement, facilitent la cohabitation mère-enfant et encouragent l'allaitement maternel témoigne de cet effort. Pour réel qu'il soit, cet effort ne signifie pas pour autant une diminution du nombre d'interventions. Comme le soulignent les mêmes sources "la tendance à la médicalisation de l'accouchement (...) demeure encore très présente" (1).

Dans certains milieux, l'effort d'hummanisation a été jusqu'à sortir l'accouchement de la salle traditionnelle. Des chambres de naissance ont été aménagées avec la volonté de créer un environnement familial. Sur la base d'une enquête réalisée auprès des responsables de l'administration de ces nouveaux lieux de naissance, il appert que le souci d'y réduire les interventions est très présent (2). Toutefois, leur taux d'utilisation demeure très bas. En effet, cette enquête indique, qu'en moyenne, seulement 12,15% des accouchements y sont pratiqués.

En somme, il y a des réajustements observables dans le sens de l'humanisation et de la démédicalisation des naissances. Des gestes concrets ont d'ores et déjà été posés. S'ils ont contribué à faire de l'accouchement une expérience moins traumatisante parce que plus près des dimensions humaines de celle-ci, il n'en demeure

---

1. Id: 30.

2. Pour une présentation détaillée de cette enquête, voir l'annexe II, pages 281 à 324.

pas moins que la pratique de l'accouchement est encore morcellée et que l'attitude des professionnels de la santé n'a guère changé. En effet, plusieurs d'entre eux - omnipraticiens, obstétriciens, gynécologues, infirmières spécialisées soit en obstétrique, soit en périnatalité, physiothérapeutes, travailleurs sociaux - se partagent actuellement l'un ou l'autre moment de la maternité. Ce morcellement n'est évidemment pas de nature à faciliter la personnalisation des soins et des services, encore moins d'intéresser les professionnels de la santé à une approche humanisante de la grossesse et de l'accouchement.

Des ajustements supplémentaires s'imposent donc. Dans cet esprit nous pensons qu'il existe, au regard de la maternité, des pratiques professionnelles qu'on aurait tout avantage à intégrer et à confier à une intervenante responsable des cas normaux et capable d'assurer en toute sécurité une continuité des soins et des services au cours de chacune des phases de la grossesse et de l'accouchement. La maternité pourrait ainsi être plus facilement vécue comme une expérience intégrée, autant sur les plans psychologique et social que physiologique et biologique.

1.4 Une intervenante responsable des cas normaux: un consensus établi

L'idée d'humaniser les soins en périnatalité et de former un personnel capable de concrétiser une telle approche a été mise de l'avant, en plus du Conseil du statut de la femme, par une multitude

de voies. Le tableau 1 (1) rappelle, de façon chronologique, les principales interventions gouvernementales et extra-gouvernementales qui, depuis 1973, militent en faveur de l'humanisation des soins en périnatalité. Sans reprendre tous les éléments qui y sont présentés, il apparaît important de souligner certains moments-clés de l'évolution du besoin d'une nouvelle approche globale de la maternité dans les politiques gouvernementales, au sein des organismes professionnels et dans les groupes de pression.

1.4.1 Dans les politiques gouvernementales

Dès 1973, le ministère des Affaires sociales insiste sur la qualité des soins requis en vue de la réduction de la mortalité et de la morbidité périnatale (2) dont il fait d'ailleurs les objectifs essentiels de la politique québécoise en matière de périnatalité.

Cette politique propose de rendre accessibles à toute la clientèle des programmes d'information et d'éducation et d'améliorer la qualité des suivis de grossesses. De plus, constatant que ce sont généralement des sages-femmes qui effectuent les accouchements dans les 12 pays où le taux de mortalité néonatale est inférieur à celui du Canada, les auteurs préconisent une meilleure répartition des

---

1. Voir page 36 et 37.
2. Ministère des Affaires sociales, op. cit.

TABLEAU 1

HUMANISATION DES SOINS EN PÉRINATALITÉ. QUELQUES FAITS MARQUANTS.

ANNÉE	INTERVENTIONS	
	GOUVERNEMENTALES	EXTRAGOUVERNEMENTALES
1973	La périnatalité, une politique du M.A.S., (Ministère des Affaires sociales, Québec). . programme d'amélioration des soins pour réduire le taux de mortalité et de morbidité périnatales.	
1974	Projet de regroupement des services d'obstétrique, (Ministère des Affaires sociales, Québec). . réorganisation et réaménagement du réseau des services d'obstétrique.	
1975		Association des sages-femmes . regroupement de personnes dans le but d'en arriver à la légalisation des sages-femmes.
1977		Renaissance de la sage-femme, (Collectif de Saint-Léandre, Matane). . manifeste envoyé au Conseil du statut de la femme et au ministère des Affaires sociales. Insiste sur le respect des choix des femmes.
1978	Pour les Québécoises: égalité et indépendance, (Conseil du statut de la femme, Québec). . propose une nouvelle intervenante responsable des grossesses et des accouchements normaux pour pallier à l'interventionnisme dans les pratiques actuelles.	Accoucher à son goût, (C.L.S.C. Santé, 2 (3)). . information sur les droits, les ressources et les solutions à la médicalisation périnatale.
1979	Naître au Québec, (Conseil des affaires sociales et de la famille, Rapport des délibérations du colloque du CASF sur le thème: naître au Québec, Québec). . colloque proposant une réflexion sur le thème de la dénatalité. L'humanisation des soins en périnatalité y est vue comme une mesure susceptible d'accroître la natalité. Discours de madame Lise Payette, Ministre d'État à la condition féminine. . discours prononcé à l'occasion du colloque de l'A.S.P.Q. de 1979, et dans lequel il est dit que l'accouchement est souvent vécu aujourd'hui comme une maladie.	Avoir un enfant sans violence et sans risque, (Association pour la santé publique du Québec, Québec). . colloque organisé par l'A.S.P.Q. au cours duquel les conférences portèrent sur les moyens pouvant humaniser la naissance et l'accouchement.

Tableau I (suite)

1980	Discours de madame Lise Payette, Ministre d'État à la condition féminine. . discours prononcé devant les membres du Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Québec. La Ministre invite les infirmières à se pencher sur leur nouveau rôle au regard des tendances à l'humanisation des soins en périnatalité. Inventaire des tâches et opérations de l'intervenante en santé-obstétrique (sage-femme), (Ministère de l'Éducation, Québec). . compte-rendu de six tables de consultation regroupant une soixantaine de personnes intéressés par la problématique des sages-femmes.	Mémoire sages-femmes, (Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Québec, Québec). Association des sages-femmes du Québec. . incorporation de l'association en vertu de la troisième partie de la loi des compagnies. Naissance-Renaissance. . formation d'une association faite par dix groupes régionaux dans le but de favoriser l'humanisation de la maternité et la naissance par le biais de l'autonomie et le libre choix de la future mère. Accoucher ou se faire accoucher, (Association pour la santé publique du Québec, Québec, Editeur officiel). . colloques régionaux organisés par l'A.S.P.Q. et subventionnés par le M.A.S. Tribunes d'échanges pour toutes les personnes intéressées par la question de l'humanisation des soins en périnatalité. Mieux accoucher, mieux naître, (Corporation professionnelle des médecins, Montréal). . document dans lequel on veut fournir des renseignements sur les conditions sécuritaires de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance.
1981	La sagesse des femmes, Conférence de madame Claire Bonenfant, présidente du Conseil du statut de la femme. . conférence prononcée à l'occasion de l'Assemblée annuelle de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Elle propose une réflexion sur la pratique des sages-femmes. Essai sur la santé des femmes, (Conseil du statut de la femme, Québec, Editeur officiel). . dénonce l'exclusion des sages-femmes du champ de l'obstétrique ainsi que ses effets sur la pratique médicale et sur les femmes.	Depuis que le monde est monde. . film de Sylvie Van Brabant sur trois différentes méthodes d'accouchement (distribution: Les films du crépuscule Inc.). . dossier d'accompagnement du film préparé par Naissance-Renaissance, Montréal.

soins entre les intervenants en insistant sur la nécessité de donner une formation complémentaire aux infirmières en obstétrique de sorte qu'elles puissent élargir leur rôle.

Enfin, le document rappelle "que la qualité des soins implique de plus qu'on fasse de la naissance une expérience émotionnellement satisfaisante (...) L'humanisation des services d'obstétrique doit être en ce sens un objectif prioritaire" (1).

En 1979, le gouvernement a accueilli favorablement le rapport du Conseil du statut de la femme et s'est engagé à y donner les suites appropriées (2). En cela, il faisait siens les objectifs d'humanisation des soins en périnatalité préconisés dans le rapport.

C'est dans ce cadre que le ministère de l'Éducation a pris en compte la recommandation qui lui était faite relativement à la formation d'une intervenante responsable des grossesses et accouchements normaux. Les tables de consultation qui ont été constituées, comme première démarche du Ministère dans ce dossier, ont permis de cerner la pertinence d'une formation en mettant en lumière l'existence d'un ensemble de tâches relatives aux phases du processus de maternité et dont l'intégration délimite en fait un champ professionnel

---

1. Id: 53.
2. Journal des débats, op. cit.

autonome, soit celui d'une intervenante en santé obstétrique ou sage-femme (1).

1.4.2 Au sein d'organismes professionnels

La nécessité d'humaniser les soins en périnatalité fait aussi partie des préoccupations des infirmières. Ainsi, dans un document publié par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en 1978 (2), on recommande:

> "que l'approche de l'infirmière ou de l'infirmier favorise chez la mère une expérience périnatale émotionnellement satisfaisante afin que cette expérience soit vécue comme faisant partie d'un processus naturel normal" (3).

On souhaite également, dans ce document, que, dans les régions éloignées, certaines infirmières se voient reconnaître la compétence pour assurer

> "une surveillance complète en période pré et postnatale et pour exécuter un accouchement eutocique" (4).

Enfin, dans un mémoire adressé à divers membres du gouvernement, le Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Québec, se basant sur le désir des femmes d'accoucher selon leurs besoins et

---

1. Courchesne, op. cit.
2. Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, Nursing dans les C.L.S.C., septembre 1978.
3. Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, op. cit.: 32-33.
4. Id: 35.

leurs choix, - ce qui implique d'humaniser, de démystifier et de démédicaliser la grossesse et l'accouchement -, préconise

> "la reconnaissance des infirmières sages-femmes déjà existantes et la formation de nouvelles infirmières sages-femmes" (1).

1.4.3 Dans les groupes de pression de femmes

La nécessité d'humaniser et de démédicaliser les soins en périnatalité a été une revendication maintes fois exprimée à l'occasion de nombreux colloques par divers groupes de femmes. Notons, en particulier, le colloque organisé en 1981 par l'Association pour la santé publique du Québec. Il a permis le regroupement de plus de 8 000 participantes et participants dans les différentes régions du Québec. Plusieurs recommandations en sont ressorties. L'une d'elles demandait:

> 'que le ministère de l'Éducation mette sur pied un cours afin de former des sages-femmes pour suivre la grossesse" (2).

À l'issue du colloque, une pétition à cet effet a été déposée auprès du ministère de l'Éducation par les groupes d'humanisation des soins en périnatalité.

---

1. Syndicat professionnel des infirmiers et infirmières du Québec, Mémoire sages-femmes, octobre 1980: 3.

2. Association pour la Santé Publique du Québec, Accoucher ou se faire accoucher: rapport-synthèse, Québec, octobre 1981.

En résumé, depuis l'énoncé de la politique de périnatalité du ministère des Affaires sociales en 1973, la nécessité d'une intervenante responsable des grossesses et accouchements normaux apparaît avec de plus en plus de vigueur et de clarté. Un consensus s'est développé autour de la nécessité de regrouper en un tout indissociable les tâches reliées à la maternité et de les confier à une seule intervenante. La pertinence de la fonction de sage-femme s'est ainsi actualisée de nouveau au Québec (1).

1.5 Conclusion

En somme, les données analysées ici révèlent qu'en procédant à la définition du profil professionnel de la sage-femme, le comité rend compte d'un besoin réel et traduit un consensus qui fait de celle-ci la principale artisane du réajustement nécessaire dans le domaine de la périnatalité. Ce réajustement s'articule autour d'un certain nombre d'objectifs dont le comité s'est servi comme principes directeurs tout au cours de ses travaux. Ils s'énoncent comme suit:

---

1. Une telle conclusion s'impose également à l'échelle canadienne. À ce sujet, voir Powis, J., Nurse-midwifery: are we missing the boat? Canadian Nurse, 1979 (octobre): 21-23.

1. Humanisation de la grossesse et de l'accouchement

On entend par là la personnalisation des soins et des services dans le respect de l'autonomie des femmes au regard de leur maternité et dans le souci de maximiser la satisfaction des parents tout au long de cette expérience.

2. Démédicalisation

Il s'agit du souci d'éviter les interférences obstétricales indues ou de routine dans les grossesses et accouchements normaux.

3. Accessibilité des soins et des services

On se réfère ici à deux dimensions. L'accessibilité physique nécessite la possibilité d'obtenir les services d'une sage-femme sur l'ensemble du territoire québécois. L'accessibilité psychologique a trait à la disponibilité de la sage-femme pour répondre aux questions des clientes et satisfaire leurs besoins d'information.

4. Continuité des soins et des services

On entend ici la possibilité qu'une femme puisse être assistée par la même sage-femme - ou encore une même équipe de sages-femmes qui partagerait une philosophie et une pratique obstétricale communes - tout au cours de sa maternité.

5. Qualité et sécurité des soins

Il s'agit du souci de doter les sages-femmes d'une formation leur permettant de créer les conditions d'un meilleur suivi pré et post-natal contribuant ainsi à poursuivre les objectifs de réduction des taux de mortalité et de morbidité tant maternelles que périnatales.

CHAPITRE 2

Des sages-femmes au Québec: un projet réalisable

2.1 Présentation

Que des sages-femmes au Québec soient responsables des grossesses et accouchements normaux, est-ce réalisable? Pour répondre à cette question, le comité s'est d'abord assuré que ce besoin commandait un nombre de sages-femmes tel qu'il justifiait que des énergies soient dépensées pour le matérialiser. À cette fin, la méthode des scénarios probabilistes a été utilisée. Nous en traitons dans la première partie de ce chapitre. Par la suite, le comité a procédé à une évaluation de l'impact économique lié à l'introduction d'une nouvelle intervenante responsable des grossesses et accouchements normaux. Dans cette perspective, il a analysé les coûts directs et indirects liés à une telle introduction. Cette analyse fait l'objet de la seconde partie de ce chapitre.

2.2 Estimation du nombre requis de sages-femmes

L'estimation du nombre requis de sages-femmes s'est faite en deux temps. Nous avons d'abord évalué le nombre de femmes susceptibles de requérir les services professionnels de la nouvelle

intervenante. Par la suite, après avoir émis une hypothèse quant au nombre d'accouchements assurés annuellement par celle-ci, nous avons estimé le nombre requis de sages-femmes.

2.2.1 Évaluation d'une clientèle pour des sages-femmes

La sage-femme est une intervenante appelée à travailler auprès de femmes dont la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement. Pour évaluer sa clientèle, il faut tenir compte de cette caractéristique fondamentale de sa pratique. Les projections de clientèle devront donc exclure les cas susceptibles de présenter des risques. Trois critères ont été retenus à cette fin par le comité. L'âge, la normalité et le pourcentage moyen des accouchements à bas risque. Ensemble, ils assurent à nos projections un caractère réaliste, voire même conservateur.

Le premier critère est l'âge auquel intervient la grossesse. Selon les normes acceptées au ministère des Affaires sociales (1), on estime généralement que les parturientes de moins de 17 ans et de plus de 35 ans représentent des risques. Sur la base de cette information, le comité a retenu, comme clientèle privilégiée pour les sages-femmes, la population féminine âgée entre 20 et 34 ans. Les données du recensement canadien de juin 1981 (2) indiquent que ce groupe d'âges compte 891 000 femmes. Celles-ci ont un taux de

---

1. Ministère des Affaires sociales, op. cit.
2. Statistique Canada, Recensement 1981.

fécondité différent selon qu'elles ont entre 20-24, 25-30 ou 31-35 ans (1). En tenant compte de ce taux, on peut estimer qu'elles ont donné naissance, en 1981, à 85 946 bébés (2). Le potentiel de naissance sous contrôle des sages-femmes est donc élevé et regroupe presque tous les cas au Québec, soit 90,2% du total.

Une des principales conditions pour avoir recours aux services professionnels de la sage-femme est la normalité de la grossesse et de l'accouchement. Le comité en a fait son second critère pour sélectionner la clientèle potentielle. Dans cet ordre d'idées, nous avons eu recours au concept "d'accouchement" plutôt qu'à celui de "naissance" pour cerner les cas normaux. De cette façon, on exclut des statistiques les cas de césariennes et de naissances multiples. Ainsi, des 85 946 naissances évoquées précédemment, on est passé à 65 181 accouchements pour les femmes de 20-34 ans (2).

Le troisième critère, soit le pourcentage moyen des accouchements à bas risques, rétrécit davantage la clientèle potentielle des sages-femmes et, par conséquent, augmente la fiabilité des estimations de clientèle faites par le comité. On estime généralement, au ministère des Affaires sociales (3), que 85% des grossesses et accouchements sont "à bas risques".

---

1. Voir le tableau 2, page 48.
2. Id.
3. Ministère des Affaires sociales, op. cit.

TABLEAU 2

TAUX DE FÉCONDITÉ, NOMBRE DE NAISSANCES ET NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS SELON LE GROUPE D'ÂGE DE LA MÈRE, QUÉBEC 1981

Groupe d'âge de la mère	Nombre de femmes (Statistique Canada)	Taux de fécondité (%) (BSQ)	Nombre de naissances (estimation)	Nombre d'accouchements* (RAMQ)
Moins de 15 ans	-	-	-	29
15-19	303 660	15,1	4 585	3 465
20-24	321 420	88,3	28 381	21 712
25-29	295 235	131,7	38 882	29 479
30-34	274 345	68,1	18 683	13 991
35-39	230 715	18,1	4 176	2 973
40-44	183 630	2,8	514	302
45-49	173 090	0,2	35	17
50-54				1
55 et plus				1
TOTAL	3 266 205	1,621	95 256	71 970

* Excluant les césariennes et la naissance du deuxième jumeau (codes 6913-6914 et 6904)

Sources: Statistique Canada, recensement 1981
Bureau de la statistique du Québec, Service de l'analyse et prévision démographique
Régie de l'Assurance-maladie du Québec, Service des statistiques.

Il s'agit là d'une statistique pour l'ensemble des naissances intervenant au Québec. Même si le groupe des femmes de 20 à 34 ans exclut déjà un certain nombre de cas dits à risques, le comité a quand même décidé d'appliquer ce pourcentage aux 65 181 accouchements prévus. Dès lors, la clientèle potentielle des sages-femmes passe à 52 145 femmes de 20 à 34 ans ayant donné naissance à un enfant en 1981.

En principe, la totalité de cette clientèle pourrait être assistée par des sages-femmes. Toutefois, le comité est conscient que, malgré le besoin pressant exprimé par de nombreuses femmes, il faudra une période d'information et d'adaptation avant qu'une majorité d'entre elles fassent appel aux services professionnels des sages-femmes. Nous avons tenu compte de ce facteur dans l'estimation de leur clientèle. Pour ce faire, le comité a bâti des scénarios probabilistes en postulant qu'au minimum 10% des femmes de 20 à 34 ans feront appel aux services de la sage-femme et qu'au maximum 50% d'entre elles le feront (1).

On obtient ainsi l'estimation finale de la clientèle potentielle des sages-femmes. Dans l'hypothèse où 10% des femmes de 20 à 34 ans dont la grossesse et l'accouchement sont réputés être normaux au sens des critères retenus ici faisaient appel aux services des sages-femmes, leur clientèle s'établirait à 5 214 femmes (2). Si le pourcentage était de 50%, les sages-femmes pourraient compter sur une clientèle de 26 073 personnes.

1. Le comité a cherché à estimer par sondage le nombre de femmes intéressées à bénéficier des services des sages-femmes. Les contraintes de temps associées à un tel projet nous ont incitées à privilégier une évaluation théorique plutôt qu'empirique.

2. Voir le tableau 3, page 50.

TABLEAU 3

CLIENTÈLE POTENTIELLE DES SAGES-FEMMES SELON L'ÂGE DE LA MÈRE ET DIVERSES HYPOTHÈSES QUANT AUX POURCENTAGES DE FEMMES POUVANT SOLLICITER LES SERVICES D'UNE SAGE-FEMME, QUÉBEC, 1981.

Âge de la mère	Pourcentage de femmes dont la grossesse est normale et qui pourraient solliciter les services d'une sage-femme				
	10%	20%	30%	40%	50%
20-24	1 737	3 474	5 211	6 948	8 685
25-29	2 358	4 717	7 075	9 433	11 792
30-34	1 119	2 239	3 358	4 477	5 596
TOTAL	5 214	10 430	15 644	20 858	26 073

2.2.2 Estimation du nombre requis de sages-femmes

À partir des chiffres précédents, il est possible d'estimer le nombre de sages-femmes nécessaires pour répondre à la demande. Pour y arriver, deux facteurs doivent toutefois être pris en considération dans ce calcul: la charge éventuelle de travail de chaque sage-femme et les conditions de pratique, notamment dans les régions éloignées.

L'évaluation de la charge de travail des sages-femmes a été faite à partir des informations recueillies lors des missions réalisées et de sondages auprès d'infirmières affectées aux suivis de grossesse

dans quelques C.L.S.C.. Sur la base de ces données, le comité a évalué que la charge de travail d'une sage-femme devrait s'établir à environ 104 accouchements par année en plus des autres activités inhérentes à ses tâches (1).

En établissant le rapport mathématique entre le nombre d'accouchements assistés annuellement par une sage-femme et celui des accouchements normaux, il est possible d'estimer le bassin requis de sages-femmes. Si, conformément aux scénarios probabilistes construits plus haut, 10% des femmes âgées entre 20 et 34 ans et dont la grossesse est normale font appel aux services des sages-femmes, le Québec aura besoin de 50 sages-femmes pour répondre à une telle demande. Par ailleurs, si la demande s'élargit à 50% de la clientèle potentielle, le nombre requis de sages-femmes sera alors de 251 (2).

Une telle estimation du nombre nécessaire de sages-femmes ne tient pas compte des besoins spécifiques, par exemple, dans certaines régions celles, entre autres, des milieux ruraux, la Basse Côte-Nord et le Nouveau-Québec. Les populations qui y habitent sont moins nombreuses qu'ailleurs et souvent dispersées sur un vaste territoire. Les services de santé doivent donc s'y organiser selon des

---

1. Les accouchements ne constituent qu'une partie du travail des sages-femmes comme le révèlent les données analysées par Rooks, J. B. et Fischman. S. H., American nurse-midwifery practice in 1976-1977: reflections of 50 years of growth and development, American Journal of Public Health, 1980, 70 (9): 990-996.

2. Voir le tableau 4, page 52.

critères adaptés aux caractéristiques du milieu (1). Ainsi, en est-il du nombre potentiellement requis de sages-femmes dans ces régions. Il est cependant difficile de le chiffrer. Chose certaine, il aurait fait grossir le bassin requis. On peut donc avancer que les estimations retenues sont conservatrices car elles ne peuvent quantifier ce dernier facteur.

TABLEAU 4

NOMBRE REQUIS DE SAGES-FEMMES SELON L'ÂGE DE LA MÈRE ET DIVERSES HYPOTHÈSES DE CLIENTÈLE POTENTIELLE, QUÉBEC, 1981.

Age de la mère	Hypothèses de clientèle potentielle				
	10%	20%	30%	40%	50%
20-24	17	33	50	67	84
25-29	22	45	68	91	113
30-34	11	22	32	43	54
TOTAL	50	100	150	201	251

1. Le comité s'est arrêté d'une façon particulière sur les caractéristiques des régions isolées. Voir l'annexe III, page 325.

2.2.3 Le nombre requis sur la base d'un besoin permanent

À la lumière des deux parties précédentes, le Québec aurait besoin d'environ 250 sages-femmes pour effectuer 50% des accouchements normaux. Une telle évaluation ne tient guère compte du fait que le recours aux sages-femmes se fera progressivement. En effet, une période d'adaptation est nécessaire pour apprendre à mieux connaître, apprécier et rechercher leurs services. Si l'on en tient compte, les chiffres précédemment estimés peuvent être évalués sous l'angle du caractère réalisable du projet qu'ils sont susceptibles de réaliser. C'est à cet exercice que s'est astreint le comité.

Pour répondre au besoin de ressources professionnelles nouvelles, réaliser la période d'adaptation et assurer une présence de plus en plus permanente des sages-femmes lors des accouchements normaux, il faut étaler la formation de celles-ci. Du moins, est-ce là la conviction du comité.

Dans cet ordre d'idée, nous avons réévalué les chiffres précédents sur la base d'un scénario probabiliste construit à partir de l'hypothèse qu'en l'an 2000, 50% de la clientèle-cible fera appel aux services des sages-femmes. Si l'on commence à former des sages-femmes à partir de 1985, il faudra, pour atteindre cet objectif et sur la base des chiffres de 1981, en former un minimum de 17 par année. Si l'on tient compte des taux possibles d'abandon ou de

réorientation en cours de programme, on devra admettre annuellement un minimum de 25 candidates.

Sans anticiper sur nos conclusions quant à la durée de la formation souhaitée pour les sages-femmes au Québec, il est déjà acquis, sur la base de ce qui se passe ailleurs, qu'elle requerra plus d'une année. Par conséquent, on ne pourra, conformément au scénario déjà établi, disposer en 1985, d'un minimum de 17 sages-femmes diplômées. Aussi, avant que les premières diplômées n'arrivent sur le marché du travail, il faudra puiser dans le bassin déjà existant en procédant, si nécessaire, à du perfectionnement (1).

Si l'on accepte les postulats à la base de notre scénario d'implantation des sages-femmes, force est de constater que le besoin de ces nouvelles professionnelles peut être comblé de façon réaliste et permanente. Pour ce faire, si on limite à 50% le nombre de femmes de la clientèle-cible faisant appel aux services des sages-femmes et si on fixe à l'an 2000 l'atteinte d'un tel objectif, le Québec devra former des sages-femmes pendant au moins quinze ans tout en utilisant des professionnelles déjà formées, mais dans

---

1. On se rappellera que le Québec a formé entre 1962 et 1972, 103 sages-femmes. Quelques québécoises ont également été chercher une formation de sages-femmes à l'extérieur, soit aux États-Unis, en Angleterre, en France ou en Suisse. Finalement, par le biais de l'immigration, le bassin des sages-femmes s'est encore élargi. Il ne nous est pas possible, au moment d'écrire ce rapport, d'évaluer avec précision le nombre de ces professionnelles *.

* L'Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec devrait pouvoir en fournir sous peu une indication, s'étant récemment enquis auprès de ses membres de celles qui détenaient un diplôme de sage-femme.

l'impossibilité, à ce jour, de mettre à profit leurs compétences au niveau de la pratique ou de l'enseignement.

2.3 Réinstallation de la sage-femme: coûts afférents

Quels sont les coûts d'un tel scénario? Telle est la question traitée dans cette partie. Notons toutefois qu'on ne trouvera pas ici une mesure de l'impact économique lié à l'apparition de sages-femmes car il s'agit là d'une tâche complexe qui appelle d'autres compétences que celles du comité. De plus, l'on n'aura pas une évaluation des économies réalisables grâce à l'introduction des sages-femmes dans le domaine de la périnatalité. La raison est fort simple, les spécialistes de la question sauraient trouver bien d'autres façons de réaliser des économies si tel était l'objectif souhaité. De ce fait, le comité a cherché à répondre à cette question en évaluant les coûts en relation avec la pratique éventuelle des sages-femmes. A cet égard, il s'est penché sur les coûts directs d'une telle intervenante par rapport aux coûts actuels et sur les autres coûts que sa venue est susceptible de générer.

2.3.1 Coûts directs

Pour apprécier le réalisme économique de la présence de sages-femmes, il faut comparer le coût actuel d'une grossesse et d'un accouchement par rapport à ce qu'il en coûterait avec ces dernières. Pour cette comparaison, seuls les cas de normalité ont été retenus.

Pour évaluer le coût actuel d'une grossesse et d'un accouchement au Québec, on dispose des données de la R.A.M.Q. (1) au chapitre des honoraires versés aux médecins pour les divers actes qu'ils posent en rapport avec la maternité. Compte tenu du cadre général retenu, nous avons convenu qu'une grossesse normale est celle qui est assistée par un omnipraticien. Par conséquent, tous les actes que ce dernier est autorisé à poser ont été pris en considération dans l'évaluation, qu'ils soient accomplis au cours des visites prénatales, lors de l'accouchement ou au moment de l'examen du nouveau-né. À ces coûts, nous avons ajouté ceux générés par l'hospitalisation de la mère et du nouveau-né.

Sur la base de ces données, le coût actuel d'une grossesse et d'un accouchement sans complication majeure s'établirait à 2 167,90 $ (2), soit 511,90 $ en honoraires professionnels et 1 656,00 $ en frais d'hospitalisation.

L'estimation du coût d'une grossesse et d'un accouchement suivis par une sage-femme ne peut se faire sur les mêmes bases que la précédente. En effet, dans la grande majorité des pays où elles sont reconnues, les sages-femmes sont des salariées.

Aussi nous avons convenu que tel sera également leur statut au Québec. Dès lors, en présumant que le salaire qui leur sera versé

---

1. Ministère des Affaires sociales, Manuel des médecins omni-praticiens, R.A.M.Q., 1976-1980, décembre 1981; Id, Manuel des médecins spécialistes, R.A.M.Q., 1977-1980, décembre 1981.

2. Voir le détail dans le tableau 5, page 57.

TABLEAU 5

ESTIMATION DU COÛT UNITAIRE GLOBAL D'UNE GROSSESSE
ET D'UN ACCOUCHEMENT
(CONSULTATION AUPRÈS D'UN OMNIPRATICIEN EN CABINET PRIVÉ)

Description des actes	Nombre	Honoraires - coûts en $		Frais généraux	
		Omnipraticiens	Autres médecins (spécialistes)		
Visites prénatales	(Actes)				
Examen complet majeur	1	36,75			
Examen complet	3	60,15			
Examen ordinaire	4	40,00			
Ultrasonographie	1		17,50		
Tests de laboratoire				25,50	
Travail et accouchement					
Induction médico-chirurgicale (6921)		23,35			
Installation, contrôle et surveillance de moniteurs maternels (6932)		14,45			
Extraction manuelle ou instrumentale du placenta (6907)		33,40	19,00		
Réparation d'une déchirure du troisième degré (6935)		33,40	19.00		
Accouchement par voie naturelle (6902)		117,00	20,80		
Soins post-partum (6901)		27,85			
Examen et soins du nouveau-né					
Soins du nouveau-né		29,20			
Examen complet à six (6) semaines		20,05			
Hospitalisation *					
Hospitalisation de la mère	(Jours) 4,65			1 302,00	
Hospitalisation du nouveau-né	3,65			328,50	
Sous-total honoraires		435,60	76,30		511,00
Sous-total autres frais				1 656,00	1 656,00
GRAND TOTAL					2 167,90

*Basée sur le per diem du M.A.S.

sera analogue à celui d'une infirmière ayant 16 ans de scolarité ou l'équivalent, soit 483,70 $ par semaine (1), et en maintenant notre hypothèse de deux accouchements par semaine - soit un total de 104 par année -, les conditions générales d'hospitalisation demeurant les mêmes, le coût unitaire d'une grossesse et d'un accouchement s'établirait à 1 897,85 $, soit 241,85 $ en frais professionnels et 1 656,00 $ en frais d'hospitalisation (2).

Sur la base de ces chiffres, on peut affirmer que la présence de sages-femmes n'aura pas d'effet inflationniste sur le coût actuel d'une grossesse et d'un accouchement. Au contraire, si l'on tient compte que ces estimés ont été obtenus en ne prenant nullement en compte les effets indirects de la pratique des sages-femmes sur les coûts, soit une diminution des interventions, de la médication et de la durée requise d'hospitalisation (3), on peut s'attendre à une baisse importante des coûts sociaux en cette matière.

---

1. Fédération des CLSC et Affaires sociales, convention collective, CSN, 1980-1982.
Une analyse comparative du coût unitaire d'une grossesse et d'un accouchement selon qu'ils sont suivis par un médecin ou une sage-femme a également été faite pour le compte de l'Association des infirmières de la Colombie Britanique. Les résultats obtenus sont similaires aux nôtres (Registered Nurses' Association of British Columbia, Report of the Task Committee on the future of nurse midwifery in British Columbia, Vancouver, June 1979).

3. En Californie, les coûts d'un accouchement normal assisté par une sage-femme sont de beaucoup inférieurs à ceux générés par un médecin. Par exemple, au San Francisco General Hospital, le coût d'un accouchement au Child Birth Center - Centre alternatif de naissance intégré à l'hôpital - est de 400,00 $ alors qu'il est de 1 150,00 $ lorsqu'il se déroule au département d'obstétrique. Voir Boilard et al, op. cit. Dans le même ordre d'idée, on pourra consulter les deux études suivantes: Cherry, J., Foster, J. C., Comparison of hospital charges generated by certified nurse-midwives and physicians' clients, Journal of Nurse-midwifery, 1982, 27 (1): 7-11 et Fagin, C. M., Nursing as an a alternative to high-cost care, American Journal of Nursing, 1982, 92 (january): 56-60.

2.3.2 Autres coûts

Si la présence de sages-femmes ne saurait avoir un impact négatif sur le coût unitaire d'une grossesse et d'un accouchement, elle engendrera néanmoins d'autres coûts, tels ceux relatifs à la formation ou au glissement d'actes. Le comité s'est penché sur ces aspects pour en évaluer les diverses composantes.

L'implantation d'un nouveau programme de formation implique nécessairement des investissements. L'élaboration du programme, sa mise à l'essai et son évaluation, la formation du personnel, la mise en place des structures administratives sont toutes génératrices de frais divers. Nous n'en avons pas fait l'évaluation pour l'instant. Chose certaine, l'ampleur de ceux-ci dépendra de deux facteurs: le niveau auquel se donne la formation et l'intégration de celle-ci dans des structures existantes.

En supposant que la formation devrait se situer au niveau du premier cycle universitaire et en prenant le coût moyen de formation en nursing, on peut avancer que former une sage-femme coûtera environ 4 800,00 $, soit 8 000,00 $ de moins que la formation d'un médecin (1).

---

1. Les chiffres concernent les frais directs de formation par étudiant pour l'année 1980-1981. Ils nous ont été fournis par la Direction générale de l'enseignement et de la recherche universitaire, Direction des études et du développement (juin 1982).

Outre les frais générés par l'implantation d'un nouveau programme et ceux de la formation, on doit ajouter les dépenses de soutien à l'enseignement et de soutien institutionnel. Il s'agit là de dépenses normales nécessitées par le fonctionnement de tout programme de formation. Elles sont toutefois excessivement difficiles à quantifier par secteur disciplinaire. Une chose demeure acquise cependant: elles seront d'autant moins importantes que la formation sera intégrée dans une structure administrative déjà existante.

Outre les coûts de formation, l'intégration de la sage-femme dans le champ actuel des responsabilités professionnelles en périnatalité aura des incidences sur le partage de ces responsabilités. On peut penser que certains intervenants chercheront à développer de nouveaux créneaux professionnels. Nous pensons, entre autres, aux omnipraticiens, aux gynécologues et aux infirmières.

Les médecins omnipraticiens oeuvrant dans le champ de la maternité (1) seront probablement intéressés à orienter différemment leur pratique. Des domaines encore mal servis par la médecine générale tels la gériatrie, la médecine du travail, la médecine sportive, etc. pourraient alors compter sur des ressources nouvelles.

---

1. Les données de la R.A.M.Q. ne permettent pas de savoir combien, parmi les 4 718 omnipraticiens que comptait le Québec en 1980, ont une pratique exclusivement centrée sur la maternité.

Les gynécologues obstétriciens seraient certainement moins affectés dans leur pratique professionnelle par la présence de sages-femmes. Leurs véritables responsabilités professionnelles n'interfèrent aucunement avec celles de ces dernières car ils traitent les cas présentant des complications. Néanmoins, dans la mesure où les gynécologues assumaient, en 1980, au-delà de 50% de l'ensemble des accouchements (1), ce qui est une anomalie en soi, on peut estimer qu'un réajustement se fera sentir.

Quant aux autres professionnels de la santé, notamment les infirmières, ils conserveront essentiellement leurs mêmes responsabilités en obstétrique. On peut cependant anticiper quelques ajustements, entre autres au chapitre des cours prénatals.

En d'autres termes, l'intégration des sages-femmes entraînera un glissement d'actes chez certains professionnels liés au champ de l'obstétrique. Au chapitre des coûts, elle suscitera une redistribution de la masse salariale dans le domaine de la santé. Si cette dernière augmente, ce sera surtout en fonction du développement de nouveaux champs de pratique ayant peu à voir avec l'obstétrique. Dès lors, les seuls coûts à considérer devraient être ceux de la formation et de la pratique des sages-femmes. Or, nous avons souligné que ceux-ci seraient probablement inférieurs aux coûts actuels. On doit donc conclure que les coûts envisagés sont de l'ordre du raisonnable et, surtout, du réalisable.

---

1. Voir l'annexe I, page 199.

2.4 Conclusion

Il appert au terme de ce chapitre que la réinstallation des sages-femmes est un projet réalisable et ce, à deux points de vue. D'abord, répondre au besoin exprimé relativement à la réinstallation de cette nouvelle intervenante implique la formation d'un nombre suffisant de personnes pendant une période assez longue de temps de telle sorte qu'il est tout à fait justifié de consentir les énergies et les ressources requises. De plus, les coûts afférents à la satisfaction d'un tel besoin ne sont pas de nature à créer une inflation dans le domaine des soins en obstétrique. Au contraire, exception faite des coûts directs liés à l'implantation d'un nouveau programme, on peut même anticiper une légère diminution dans les frais directs liés à la grossesse et à l'accouchement. Finalement, la réinstallation des sages-femmes, si elle génère un glissement d'actes dont l'effet peut engendrer une hausse de la masse salariale globale dans le domaine de la santé, il ne faut pas oublier que ce glissement peut aussi favoriser une utilisation plus rationnelle des ressources médicales notamment dans des secteurs négligés où la santé est atteinte et les besoins pressants.

DEUXIÈME PARTIE

LE PROFIL PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES

Présentation

La définition du profil professionnel d'une nouvelle intervenante dans le domaine de la santé est un préalable à toute analyse de la formation nécessaire. Aussi avons-nous cherché à en préciser les composantes avant d'aborder cette analyse. La présente partie y est consacrée.

Trois chapitres nous apparaissent nécessaires pour définir le profil professionnel de la sage-femme. Il importe de préciser d'abord ce que cette dernière assumera comme responsabilités professionnelles, puis de définir ses lieux de pratique et, finalement, de mettre en lumière les modalités de son intégration dans l'univers des disciplines professionnelles.

Les trois chapitres qui composent cette deuxième partie abordent successivement ces problèmes et présentent, par rapport à chacun d'eux, le point de vue du comité. Au terme de cet exercice, le profil professionnel de la sage-femme se définira, pour l'essentiel, de la façon suivante: intervenante centrée sur la normalité, la sage-femme assiste la future mère à chacune des étapes pré, intra et postnatales; à ce titre, elle est intégrée dans le réseau actuel des services de santé et dispose d'un statut professionnel lui assurant une identité spécifique.

CHAPITRE 3

Le champ professionnel de la sage-femme

3.1 Présentation

Le comité a voulu cerner le champ professionnel de la sage-femme à partir de trois paramètres: une définition de la profession de sage-femme, la mise en relief de la philosophie qui inspire sa pratique et l'inventaire des tâches qu'elle est en mesure d'assumer. Seule une approche aussi globale était de nature à bien faire ressortir toutes les spécificités de cette profession, traçant en cela des pistes importantes au regard de la formation.

Le présent chapitre rend compte de cette démarche. La définition du champ professionnel de la sage-femme qui en émerge s'apparente, dans ses dimensions essentielles, à ce qu'on peut observer ailleurs (1): il consiste en l'accomplissement d'actes auprès des femmes dont la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement.

---

1. Le comité a procédé à une revue de littérature exhaustive pour déterminer les tâches qui sont généralement dévolues à la sage-femme. Les résultats de cette recherche sont consignés dans un document de travail du Comité sage-femme intitulé La détermination des tâches de la sage-femme: Revue de la littérature.

3.2 Philosophie à la base de la définition de la sage-femme

Que doit-on entendre par sage-femme? La réponse à cette question délimite en quelque sorte une pratique. Aussi, est-il apparu important au comité d'adopter une définition de la profession de sage-femme qui, tout en étant générale, soit suffisamment explicite pour englober les principales dimensions, à savoir la formation, la reconnaissance d'une pratique, les responsabilités et les lieux d'exercice.

De toutes les définitions examinées par le comité, une seule répondait véritablement à ces critères, soit celle adoptée par la Confédération internationale des sages-femmes lors de son congrès de 1972. Elle est ainsi formulée:

> "Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation de sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision nécessaire, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchements sous sa propre responsabilité et de prodiguer des soins au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage de conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. Elle

peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou à tout autre endroit" (1).

En raison des précisions qu'apporte cette définition, le comité a décidé de la faire sienne et de s'en servir comme guide dans l'identification des tâches, la définition du statut professionnel et celle du cadre général de la formation.

Si cette définition permet d'identifier clairement les principaux actes d'une pratique, elle demeure, par ailleurs, assez limitée sur les modalités d'interprétation de celle-ci. C'est la philosophie à la base d'une pratique professionnelle qui peut apporter les précisions nécessaires. Aussi il est de toute première importance de bien la camper. A cette fin, le comité s'est inspiré des orientations philosophiques des tables de consultation organisées par le ministère de l'Éducation du Québec (2) et de celles retenues par l'American College of Nurse-Midwife (3).

Une philosophie est un ensemble de conceptions générales de la vie et des événements dont une personne peut s'inspirer pour guider ses décisions et ses actions. Parler d'une philosophie à la base de la profession de sage-femme implique qu'on puisse identifier un tel

---

1. Myles, M., F., A textbook for midwives, Edinburgh (Great Britain), Livingston, 1975: XXXI (Traduction du comité).

2. Courchesne, op. cit.

3. American College of Nurse-Midwives, Philosophy and definitions of nurse-midwifery in American College of nurse-midwives manual of essentials documents, Washington, D. C.

ensemble de conceptions générales relatives au processus de la maternité qui particularisent cette professionnelle par rapport aux autres intervenants dans le domaine de la périnatalité.

Fondamentalement, cet ensemble s'articule autour d'une vision de la grossesse et de l'accouchement comme étant des phénomènes naturels et, conséquemment, normaux dans la majorité des cas. De cette conception, découlent à la fois une éthique structurée autour du respect du rythme propre de la femme tout au cours de sa maternité et une reconnaissance des compétences particulières de tous les membres de l'équipe médicale.

L'American College of Nurse-Midwives a résumé en trois règles de base la philosophie qui doit inspirer la pratique des sages-femmes (1). Ce sont les suivantes:

- Toute naissance doit être vécue en sécurité, perçue comme une expérience satisfaisante dans le respect et la dignité humaine, dans la reconnaissance du droit des parents à l'autodétermination;
- Des soins complets, incluant un support émotif et éducatif autant que des soins physiques, doivent être assurés à la mère, à l'enfant et à la famille, au besoin;
- La sage-femme fait partie d'une équipe dont les disciplines se complètent pour les meilleurs soins à la clientèle.

---

1. American College of Nurse-Midwives, op. cit.

Ces règles se situent dans le prolongement des principes directeurs issus des revendications pour la reconnaissance des sages-femmes et viennent en quelque sorte les expliciter. Le comité les a fait siennes.

Dans cette optique, la sage-femme, en tant que professionnelle, aura donc à jouer un rôle de "service à la maternité", de support technique et humain en vue de développer des compétences chez les femmes et les couples impliqués dans l'expérience d'une grossesse, d'un accouchement et d'une naissance.

D'inspiration essentiellement humaniste, ces règles guident la sage-femme dans l'accueil et le support à la clientèle qu'elle assiste à toutes les étapes de la maternité et l'incitent à créer une atmosphère où la mère peut utiliser au maximum ses propres ressources et celles disponibles afin de vivre en toute sécurité une expérience de maternité satisfaisante.

3.3 Domaines d'activités

Les conceptions philosophiques qu'on vient d'énoncer sont inséparables des tâches. Elles guident leur réalisation, contribuant ainsi à définir "une pratique de sage-femme".

Le comité s'est inspiré, pour dresser l'inventaire des tâches de la sage-femme, du résultat des tables de consultation organisées par

le ministère de l'Éducation à l'été 1981 (1) et d'une analyse critique de la littérature réalisée par deux de ses membres (2).

De l'ensemble de tâches analysées, il se dégage un champ professionnel propre à la sage-femme. Celui-ci concerne les événements normaux du processus de reproduction humaine et comprend l'ensemble des services requis tout au cours de leur déroulement. Dans cet ordre d'idée, le champ professionnel de la sage-femme recouvre toutes les phases normales du processus de reproduction. Une sage-femme peut donc intervenir auprès des cas "normaux", et ce, dès qu'il y a recherche de grossesse et poursuivre cette intervention jusqu'au troisième mois suivant la naissance. De plus, elle doit également, selon les cas, s'acquitter des responsabilités administratives et pédagogiques.

Ces tâches, dans l'ensemble, peuvent se subdiviser en sept domaines d'activité qui, de l'avis du comité, rendent compte du champ professionnel qu'on vient d'évoquer. Chacun implique un ensemble des connaissances et d'habiletés professionnelles nécessaires à l'accomplissement des tâches. Ces domaines sont les suivants: 1) Accueillir, informer et éduquer; 2) Recueillir les données, observer, évaluer; 3) Planifier, programmer; 4) Fournir l'accompagnement et le support psychologique; 5) Soigner et traiter; 6) Enseigner, faire de la recherche; 7) Participer à la gestion des ressources humaines et matérielles.

---

1. Courchesne, op. cit.
2. Comité sages-femmes, op. cit.

3.4 Tâches de la sage-femme

Pour mieux cerner les tâches de la sage-femme, nous en présentons une description suivie d'une liste des principales activités qui en découlent. Évidemment, cet exposé n'est pas exhaustif. Il explicite seulement chacun des domaines identifiés.

3.4.1 Accueillir, informer et éduquer

L'une des premières tâches de la sage-femme est d'accueillir la clientèle, de l'informer des ressources et des services offerts, de la sensibiliser à assumer une responsabilité accrue et une participation active aux diverses étapes à vivre et, si nécessaire, de la guider vers l'utilisation de ressources aptes à combler certains besoins. Dans cette optique, ses connaissances et habiletés s'actualisent, entre autres, dans:

- l'établissement d'un contact chaleureux et sécurisant
- la description du déroulement général du processus de la maternité
- la précision sur le rôle de l'intervenante et de la cliente
- l'utilisation des moyens propres à faciliter l'échange
- l'écoute attentive des besoins
- une communication caractérisée par une information
- la transmission d'indications sur les ressources disponibles

- l'information sur les droits de la femme enceinte et de celle qui accouche
- l'éducation sanitaire
- l'information sur la contraception
- la sensibilisation quant aux facteurs susceptibles d'affecter le processus de la maternité
- la transmission de renseignements sur les soins à donner au nouveau-né
- etc.

3.4.2 Recueillir les données, observer, évaluer

La sage-femme recueille les données nécessaires à l'élaboration et à l'évaluation des programmes d'intervention et observe directement les attitudes et les comportements de la cliente et de son entourage. Elle réalise alors les tâches suivantes:

- l'élaboration du bilan de santé
- la reconstitution de l'histoire de cas (plans clinique, obstétrical, psychologique et social)
- la réalisation d'examens physiques et gynécologiques complets
- la prescription d'analyse et tests usuels ou pertinents
- le diagnostic
- l'identification des risques physiologiques et psychologiques
- l'observation des milieux familial, social et de travail

- l'évaluation des conditions et habitudes de vie à l'intérieur des milieux familial, social et professionnel
- etc.

3.4.3 Planifier, programmer

Le troisième domaine d'activités regroupe les tâches d'élaboration et d'application des plans et des programmes d'assistance auprès des clientes et, s'il y a lieu, de leur entourage. À cette fin, la sage-femme procède à:

- l'établissement d'objectifs
- l'élaboration de moyens spécifiques en vue d'atteindre ces objectifs
- l'établissement de délais précis
- la répartition de la fréquence d'application des plans et programmes
- l'enrichissement des programmes par une étroite collaboration avec le personnel de l'institution
- l'opérationnalisation des programmes et leur mise en place
- la préparation de rencontres pré et postnatales
- la planification
- etc.

3.4.4 Fournir l'accompagnement et le support psychologique

Assister la cliente tout au cours du processus de la grossesse, de l'accouchement et des "relevailles", la rendre compétente dans le contrôle de ce processus et lui fournir le support psychologique requis constituent certes un domaine du travail de la sage-femme. Elle s'y adonne par:

- le counselling auprès de la cliente et de sa famille
- le suivi assidu tout au cours de chacune des étapes de la grossesse, de l'accouchement et des "relevailles"
- le maintien d'un contact chaleureux et sécurisant tout au cours de ces étapes
- l'adaptation des services en fonction du choix et des besoins de la cliente et de sa famille
- une présence et une assistance pendant toutes les phases actives du travail et de l'accouchement
- l'assistance requise pour faciliter l'intégration du nouveau-né au sein de la famille
- etc.

3.4.5 Soigner et traiter

Si elle assiste la cliente, la sage-femme prodigue aussi des soins et traitements requis en situation normale et fait face aux situations d'urgence. Ainsi, réalise-t-elle, entre autres:

- les examens physiques et gynécologiques
- la prescription d'analyses usuelles ou pertinentes
- l'identification d'anomalies et de risques
- le suivi physiologique du déroulement de la grossesse, du travail, de l'accouchement, du post-partum immédiat et éloigné
- les examens usuels à la mère et au nouveau-né
- les techniques de facilitation de travail et de l'expulsion (massage, relaxation, etc.)
- l'application de techniques d'urgence (épiosotomie, forceps, etc.)
- la prescription et l'administration de médicaments, si nécessaire
- une collaboration avec les membres de l'équipe médicale
- etc.

3.4.6 Enseigner, faire de la recherche

Un sixième domaine d'activités pour la sage-femme consiste à préparer et transmettre des connaissances en vue de former ses paires et d'autres professionnels de la santé, à initier et collaborer à des recherches en périnatalité ou dans des domaines connexes. À cet égard, elle contribue à:

- l'élaboration de programmes d'enseignement destinés aux étudiantes sages-femmes

- la réalisation de ces programmes
- l'évaluation de ces programmes
- la supervision de stages
- l'évaluation des étudiantes
- la collaboration à l'élaboration et à la réalisation de programmes d'enseignement aux autres professionnels de la santé
- l'identification et la réalisation des recherches pertinentes à l'enrichissement constant de la profession de sage-femme.

3.4.7 Participer à la gestion des ressources humaines et matérielles

Enfin, la sage-femme participe à la gestion des ressources humaines et matérielles relatives à la conception, l'application, le contrôle et l'évaluation des programmes et des services. Ces activités se manifestent alors dans:

- l'entraînement du nouveau personnel et des stagiaires
- la gestion des ressources humaines (gestion de personnel, évaluation, établissement d'horaires)
- la gestion des ressources matérielles (approvisionnement, entretien, budget)
- la tenue de dossiers
- la gestion de documents d'administration courante (déclaration de naissance, certificats de sortie de l'hôpital, etc.)
- les procédures d'admission
- la participation au travail d'équipe (réunions, comités, etc.).

3.5 Conclusion

Le champ professionnel de la sage-femme se définit autour des événements normaux du processus de la reproduction humaine. En cela, il se rattache à une philosophie d'ensemble de la reproduction telle que préconisée par l'American College of Nurse-Midwives. C'est d'ailleurs de cette philosophie que découlent des domaines d'activités à l'intérieur desquels des tâches spécifiques sont reconnues. L'opérationnalisation de ces domaines par des sages-femmes permettrait de regrouper des services à la maternité actuellement morcelés entre plusieurs intervenants et de développer une pratique adaptée aux grossesses et aux accouchements normaux. C'est du moins la conviction à laquelle est arrivé le comité.

CHAPITRE 4

Les lieux d'exercice de la sage-femme

4.1 Présentation

Il peut paraître étonnant de réfléchir sur les lieux d'exercice de la sage-femme. Formée pour assister la femme au cours de toutes les étapes de la maternité, cette dernière ne devrait-elle pas tout simplement exercer là où les services périnatals sont offerts? C'est effectivement le cas dans les pays où elle est reconnue comme professionnelle. Toutefois, le Québec présente des particularités qui appellent des précisions. Les sages-femmes n'y pratiquent plus. Leur réapparition sur le marché du travail ne saurait être que progressive et se faire en prenant en considération la diversité des lieux à partir desquels sont actuellement dispensés les services à la maternité au Québec et ailleurs.

Pour ces raisons, nous avons procédé, dans la première partie de ce chapitre, à une analyse critique des lieux au sein desquels les sages-femmes exerçent leurs responsabilités dans d'autres pays. Nous nous sommes ainsi rendues compte que partout où cette pratique était légale, la sage-femme fait partie intégrante des ressources dans le domaine de la santé et, à ce titre, trouve place dans les structures existantes. À partir d'une analyse de la situation québécoise

quant aux lieux d'où émerge l'ensemble des services à la maternité, laquelle fait l'objet de la deuxième partie de ce chapitre, nous nous sommes ensuite interrogées sur les modalités les plus satisfaisantes, compte tenu des responsabilités propres de la sage-femme, pour intégrer celle-ci dans le réseau des services de santé. A cet effet, le comité a retenu deux solutions, l'une réalisable à court terme, l'autre, à plus long terme. Elles sont présentées dans la dernière partie de ce chapitre. On y retrouvera également des considérations particulières concernant les régions isolées et éloignées.

4.2 La situation à l'étranger

Une analyse de la littérature sur les sages-femmes mais surtout les informations recueillies lors des missions effectuées en Californie (1), en Finlande et en Angleterre (2) ont permis d'inventorier les lieux d'exercice reconnus pour ces intervenantes. Nous les avons regroupés en cinq catégories, laissant toutefois de côté ceux qui présentaient un caractère trop particulier (3). Ce sont les suivantes: 1) le département d'obstétrique d'un centre hospitalier, 2) le centre alternatif de naissance, 3) la maternité, 4) le centre de santé communautaire et 5) le domicile privé.

---

1. Boilard, Gagnon et Séguin, op. cit.

2. Courchesne, M. C., Gagnon, D., Michon, L., Rapport de la mission européenne sur les sages-femmes. Québec, 1982.

3. Il en a été ainsi des expériences de Pithiviers et La Graine, en France ou encore de celles réalisées à "The Farm" aux États-Unis (Tennessee). Par contre, dans l'analyse des régions éloignées, certaines expériences présentant un caractère particulier ont été retenues. On y fait référence dans l'annexe III.

Dans chacun de ces lieux, les services offerts par les sages-femmes n'offrent pas tous la même gamme. Dans certains cas, ils couvrent toutes les phases de la maternité, c'est-à-dire de la période prénatale jusqu'au suivi postnatal de la mère et du nourrisson. Dans d'autres, ils sont spécialisés en fonction des lieux. Dès lors, à un lieu peut correspondre une seule phase. Dans la présentation des principaux lieux d'exercice reconnus aux sages-femmes, nous préciserons cet aspect. De plus, nous ferons pour chacun des lieux identifiés, une brève analyse critique au regard des principes évoqués au chapitre I.

4.2.1 Le département d'obstétrique d'un centre hospitalier

Le département d'obstétrique d'un centre hospitalier est probablement le lieu d'accouchement le plus répandu dans les sociétés occidentales. Constitué de salles de travail et de salles d'accouchement, il est équipé du matériel spécialisé propre aux hôpitaux modernes. C'est le lieu privilégié des médecins-accoucheurs. Ils s'y trouvent entourés des services, outils et personnels nécessaires aux traitements des maladies.

Dans tous les pays où il existe des sages-femmes et là où les accouchements surviennent dans les départements d'obstétrique des

centres hospitaliers, les sages-femmes y ont accès (1). Elles y pratiquent soit seules, soit en équipes autonomes de sages-femmes responsables des accouchements à bas risques - c'est le cas notamment en Finlande -, soit intégrées à une équipe multidisciplinaire habituellement formée principalement de gynécologues, d'anesthésistes et d'infirmières dont les membres se partagent la responsabilité des accouchements. Dans ce dernier cas, les sages-femmes interviennent lors des accouchements normaux et peuvent assister les spécialistes lors de complications. Un tel mode d'organisation existe au Martin Luther King Hospital à Los Angeles et dans certains hôpitaux anglais. La sage-femme peut également avoir accès à l'hôpital par le biais de l'obtention d'un privilège d'exercice. Dans ce cas-ci, elle est généralement seule en pratique privée et payée à honoraires. Certains hôpitaux californiens et hollandais (2) offrent cette possibilité aux sages-femmes.

Lorsqu'elles sont employées dans les départements d'obstétrique des centres hospitaliers, les sages-femmes ne sont généralement en mesure d'assister les femmes qu'au moment de la phase natale et du post-partum immédiat. Le suivi pré et postnatal est assuré par d'autres sages-femmes, tantôt à la clinique externe de l'hôpital,

---

1. On trouvera une description des modalités d'intégration des sages femmes dans les départements d'obstétrique des centres hospitaliers californiens, anglais et finlandais en consultant les documents suivants: Boilard, Gagnon et Séguin (op. cit.) et Courchesne, Gagnon et Michon (op. cit.).

2. Lepper, E., Midwifery services in Holland, Nursing Times, 1979 (november 29): 2084-2086.

tantôt dans des centres de santé communautaire. À cet égard, il y a donc rupture dans la continuité des soins. La situation est évidemment différente pour les sages-femmes ayant un privilège d'exercice à l'hôpital. Ces dernières sont en mesure, par le biais des consultations qu'elles effectuent en cabinet privé, d'offrir une certaine continuité.

La pratique dans les départements d'obstétrique des hôpitaux peut également être contraignante au regard d'une volonté de démédicalisation et de non-interventionnisme. La tradition hospitalière et médicale pèse lourdement sur les standards de pratique. Conséquemment, à moins qu'une telle volonté ne soit clairement affirmée et traduite en objectif dont l'atteinte se mesure par la diminution du nombre d'interventions, les accouchements s'y déroulent habituellement suivant un scénario où les interventions de routine et l'utilisation systématique d'une technologie sophistiquée sont courantes (1).

Tout ce qui distingue ce scénario de celui connu actuellement dans les hôpitaux québécois, c'est la présence constante de la sage-femme auprès de la future mère tout au cours du travail et de l'accouchement.

---

1. Les avantages et désavantages d'une telle approche de l'accouchement sont présentés dans Adamson, G. D., Gare, D. J., Home or hospital births? Jama, 1980, 243 (7): 1732-1747.

4.2.2 Le Centre alternatif de naissance

Le concept de Centre alternatif de naissance origine des hôpitaux américains. Il a été conçu pour pallier aux insatisfactions des femmes ayant accouché dans le cadre traditionnel des départements d'obstétrique (1). Logé dans un hôpital, le Centre alternatif de naissance est généralement situé à proximité du département d'obstétrique. Un corridor ou quelques étages peuvent les séparer. Il est constitué d'un nombre restreint de chambres où l'on tente de rappeler, au niveau de l'aménagement et de la décoration, l'atmosphère familiale. On y retrouve également une salle plus traditionnelle d'accouchement avec l'équipement usuel. La plupart des accouchements se déroulent dans les chambres. On y accepte famille et amis. La cohabitation mère-enfant y est pratique courante. Quant à la salle d'accouchement, elle est utilisée lorsqu'une complication mineure survient sans toutefois nécessiter le transfert au département d'obstétrique.

Le Centre alternatif de naissance est évidemment réservé aux accouchements normaux. Seules les femmes qui ont une grossesse identifiée à bas risques y sont admises. C'est le lieu privilégié d'exercice des sages-femmes (2). En effet, bien que les médecins y aient accès, ils sont peu nombreux à l'utiliser.

---

1. C'est du moins l'interprétation qui est faite par DeVries, R., The alternative birth center: option or cooptation, Women and Health, 1980, 5 (3): 47-59.

2. Pour une description de l'activité des sages-femmes dans un Centre alternatif de naissance, voir Hewitt, M. A., Hangsleben, K. L., Nurse-midwives in a hospital birth center, Journal of Nurse-Midwifery, 1981, 26 (5): 21-29.

Administré et géré par le centre hospitalier dont il fait partie, le Centre alternatif jouit cependant d'une réglementation spécifique, disposant ainsi de la latitude nécessaire pour en faire un milieu moins contraignant au regard des pratiques entourant l'accouchement. L'approche qui y prévaut est définitivement orientée vers une plus grande humanisation et une volonté de diminuer les interventions de routine (1). On y prête également une grande attention à la qualité du support psychologique et de l'assistance apportés à la future mère, et ce, tout au cours des différentes étapes de la maternité. À cet égard, il faut toutefois signaler que les suivis pré et postnatals, s'ils sont habituellement assumés par les sages-femmes, le sont cependant à l'extérieur du Centre alternatif, soit dans des cliniques externes, soit encore dans des centres de santé communautaire.

On peut établir une certaine analogie entre le Centre alternatif de naissance américain et le "General Practitioner's Unit" anglais. Hôpital dispensant des soins primaires, opérant tantôt de façon autonome, tantôt intégré à un centre hospitalier offrant une gamme de soins plus spécialisés, le "General Practitioner's Unit" peut faciliter une approche de la maternité moins interventionniste et davantage centrée sur l'humanisation des soins et la qualité du rapport "Intervenant-femme enceinte". Sages-femmes et médecins

---

1. Pour plus de détails, voir DeVries, op. cit.

généralistes s'y partagent la responsabilité des accouchements normaux. Les suivis pré et postnatals sont également offerts sur place (1).

À la lumière de ces informations, les Centres alternatifs de naissance, tout comme les "General's Practitioner's Unit", constituent des lieux où les sages-femmes peuvent travailler selon la philosophie qui oriente leur pratique professionnelle. Elles réalisent leur tâche de façon autonome tout en assurant à leurs clientes des services de qualité sans intervention obstétricale inutile. Elles sont également en mesure d'assurer une continuité des soins tout au long du processus de la maternité dans un souci d'humanisation. La seule réserve qu'on peut manifester au regard de ce lieu d'exercice a trait à sa proximité du département d'obstétrique, ce qui a pour effet d'inciter davantage à son recours dès l'apparition de la moindre difficulté. À cet égard, une étude (2) sur les Centres alternatifs de naissance aux États-Unis révèle des taux de transferts importants du Centre alternatif au département d'obstétrique.

---

1. Il faut noter ici que les "General Practitioner's Units" sont menacés de disparaître progressivement au profit de centres hospitaliers plus importants et offrant toute la gamme des services. Tel est du moins le sens de plusieurs témoignages recueillis lors du séjour en Angleterre dans le cadre de la mission européenne. Voir Courchesne, Gagnon et Michon, op. cit.

2. DeVries, op. cit.

4.2.3 La maternité

La maternité, en tant que lieu d'exercice, n'a pas partout la même définition et renvoie conséquemment à des structures diverses. En France, par exemple, la maternité désigne habituellement la partie d'un hôpital où se font les accouchements. Aux États-Unis, elle réfère plutôt à des structures indépendantes du réseau hospitalier. Il importe donc, pour la cohérence de nos travaux, d'indiquer préalablement l'acception que nous avons donnée à la maternité comme lieu d'exercice.

Pour nous, la maternité est un lieu à vocation essentiellement périnatale offrant sous un même toit les services pré, intra et postnatals. Physiquement et administrativement, la maternité est indépendante de l'hôpital, ce qui signifie qu'elle n'y est pas logée et se gère de façon autonome.

Quelques "General Practitioner's Units" en Angleterre constituent des maternités au sens défini ici. En effet, certains d'entre eux, généralement situés dans les régions plus rurales, n'ont qu'une vocation périnatale. Ainsi en est-il des "Home birth" américains qui se sont principalement développés dans les états où la pratique des sages-femmes est légalisée (1). À l'encontre du modèle anglais,

---

1. Pour une description de l'un de ces "Home birth", voir Nielsen, I., Nurse-midwifery in an Alternative Birth Center, Birth and Family Journal, 1977, 4 (1): 24-27.

ces maternités sont généralement privées et sous l'entier contrôle des sages-femmes. Pour cette raison, nous nous attarderons davantage à décrire leur mode de fonctionnement.

Ces maternités, comme d'ailleurs les Centres alternatifs de naissance, ne reçoivent que les femmes dont les accouchements sont réputés être normaux. Une sélection des clientes doit donc s'opérer afin qu'on puisse identifier celles qui présentent des risques et les diriger vers des centres plus spécialisés. De plus, les sages-femmes oeuvrant dans les maternités s'assurent, formellement, d'un "back up" médical (1). Elles doivent, pour ce faire, au moment où débute le travail actif d'une cliente, informer un des médecins avec lequel elles ont l'habitude de collaborer et s'assurer de sa disponibilité pour répondre à toute urgence.

De tous les lieux présentés jusqu'ici, la maternité constitue certainement celui où les contraintes institutionnelles sont les moins lourdes. Non intégrée dans le réseau hospitalier, elle permet une plus grande souplesse dans les pratiques qui y sont développées et est, de ce fait, plus perméable à des approches démédicalisées non interventionnistes. La naissance y revêt plus facilement le caractère d'un événement familial. Bien qu'autonome, la maternité fonctionne en étroite collaboration avec le réseau hospitalier. Des mécanismes permanents de communication sont établis permettant,

---

1. Les maternités sont situées à proximité d'un hôpital. Celles que nous avons visitées en Californie étaient distantes d'au plus cinq minutes de l'hôpital.

de part et d'autre, des consultations et, le cas échéant, une prise de décision sur les transferts de clientes.

4.2.4 Le centre de santé communautaire

Le centre de santé communautaire est une unité de soins de première ligne. Les divers intervenants y travaillent en collaboration étroite. Sa principale caractéristique réside dans le fait qu'il offre des services à une population donnée répartie sur un territoire précis, et ce, pour l'ensemble des besoins sociaux et de santé, y compris la maternité.

Que ce soit dans les "Comprehensive Health Centers" américains, les "Primary Health Care Centers" finlandais ou les "General District Hospitals" anglais (1), les sages-femmes sont intégrées aux équipes multidisciplinaires de l'établissement et dispensent plus particulièrement les services relatifs aux phases pré et postnatales. Exception faite du cas anglais, il n'y a pas d'accouchement dans les centres de santé communautaire. Les femmes sont plutôt orientées vers l'hôpital auquel le centre est rattaché. En principe, elles peuvent également accoucher à domicile (2).

---

1. Pour une description de ces institutions, voir Boilard, Gagnon et Séguin (op. cit.) et Courchesne, Gagnon et Michon (op. cit.).

2. On trouvera dans Powis, J., The quiet revolution, Establishing a nurse-midwifery practice, Canadian Nurse, 1981, (février): 26-29, une excellente description des modalités d'implantation et de fonctionnement d'un tel centre.

De par sa vocation, le centre de santé communautaire présente de nombreux avantages pour la pratique des sages-femmes. En plus de l'approche communautaire, on y privilégie une médecine globale. Dans un tel contexte, la sage-femme se trouve à même de développer des programmes mieux adaptés à une clientèle qui fait partie de la population locale desservie par le centre et dont les besoins spécifiques sont connus. Elle est donc en mesure d'avoir une meilleure connaissance de sa clientèle.

4.2.5 La maison privée

Bien que peu généralisée, tout au moins dans la plupart des pays occidentaux (1), l'accouchement à la maison n'en demeure pas moins une alternative qu'une femme ou un couple peut retenir (2).

---

1. On trouvera dans Devitt, N., The transition from Home to Hospital birth in the United States, 1930-1960, Health and Family Journal, 4 (2): 47-58, une excellente analyse du passage des accouchements à la maison aux accouchements à l'hôpital aux États-Unis. S'appuyant sur des données statistiques, l'auteur conclut que les femmes dont la grossesse était normale n'ont pas tiré profit de ce passage puisqu'il n'était pas plus dangereux d'accoucher à la maison qu'à l'hôpital. Il pense même que la fréquence des interférences dans le processus normal de la naissance peut être responsable du plus grand nombre de traumatismes dus à la naissance et de mortalité maternelle et néonatale observé en milieu hospitalier.

2. Il importe de signaler que, pour les grossesses dites à "faible risque", l'accouchement à la maison avec une sage-femme est tout aussi sécuritaire qu'un accouchement à l'hôpital avec un médecin selon Mehl, L. Home delivry research today: a review, Women and Health, 1976: 1-5: 3-11. Adamson et Gare (op. cit.) vont dans le même sens tout en insistant sur la nécessité de poursuivre les recherches.

Toutefois, à l'exception de la Hollande (1) et, dans une moindre mesure, l'Angleterre, il est peu de pays qui facilitent l'accouchement à domicile.

Les conditions sous-jacentes à ce lieu d'exercice comportent en effet des exigences particulières en vue d'assurer un maximum de sécurité (2). Ainsi les sages-femmes qui acceptent d'aller à domicile s'assurent toujours d'un appui ou d'un recours médical sur place ou à distance par un protocole d'entente. C'est dire qu'un médecin, habituellement un spécialiste, lui assure sa collaboration en cas de besoin et la sage-femme demeure en contact avec ce dernier. Lorsqu'il y a des complications, les transferts peuvent alors se faire dans des délais très courts grâce à l'existence d'unités d'urgence comme c'est le cas en Angleterre ou en Hollande. Ces unités ont des ambulances équipées du matériel nécessaire pour pallier à toute urgence pouvant se produire lors du travail et de l'accouchement. La sage-femme qui fait appel à ces services reçoit de l'aide dans des délais très brefs.

---

1. Pour une description de la politique hollandaise d'accouchement à domicile, on consultera Jan Arkel, W. G., Ament, A. J., Bell, N., The politics of home delivery in the Netherlands, Birth and Family Journal, 1980, 7 (2): 101-112.

2. On trouvera une description de ces exigences dans Burnett, C., Jones, J., Rooks, J., Home delivery and neonatal mortality in North Carolina, Jama, 1980, 244 (24): 2741-2745. Elles ont principalement trait à la planification de l'accouchement à la maison, à la sélection des candidates et à l'assistance professionnelle ou au cours de l'accouchement.

L'accouchement à domicile présente, au regard des principes retenus par le comité, un intérêt certain. De tous les lieux d'exercice inventoriés, c'est évidemment celui qui assure à l'événement de la naissance le caractère le plus intime. En raison de sa nature même, il se prête mal à une médicalisation et à un interventionnisme indus. Par ailleurs, pour des raisons de sécurité, il ne peut facilement être offert à une clientèle très large à moins qu'on ne développe, en parallèle, un système adéquat pour répondre aux urgences.

4.3 La situation québécoise

Avant de s'arrêter sur les possibilités d'intégration des sages-femmes dans les structures de santé québécoises, il importe, à notre avis, de jeter un coup d'oeil sur la situation québécoise en matière de périnatalité (1). Nous rappellerons brièvement les lieux de cette structure à partir desquels sont donnés les services de périnatalité, et ce, pour chacune des phases pré, intra et post-natales afin d'avoir une vue d'ensemble de la situation, ce qui contribuera à mieux baliser les choix du comité quant aux lieux d'exercice des sages-femmes. De plus, nous nous arrêterons brièvement sur ce qui se passe dans les régions éloignées.

---

1. Les divers aspects de cette situation sont bien présentés dans le document produit par l'Association de santé Publique du Québec (1980, op. cit.) à l'occasion du colloque sur l'humanisation des soins en périnatalité.

4.3.1 La phase prénatale

Pour la phase prénatale, deux activités majeures ont cours: le suivi de la grossesse et les rencontres de préparation à l'accouchement.

Ce sont essentiellement les médecins, qu'ils soient omnipraticiens ou gynécologues-obstétriciens, qui assurent les suivis de grossesse. Ils le font à partir de leurs lieux habituels d'exercice, soit, selon les cas, les cabinets privés, les cliniques de médecine familiale, les polycliniques, les cliniques populaires ou encore les C.L.S.C. Pour les tests et les échographies, ils dirigent leurs clientes vers l'hôpital. Les rencontres de préparation à l'accouchement sont en général animées par des infirmières. Celles-ci relèvent en majeure partie des C.L.S.C. Dans les cas où l'endroit n'est pas desservi par un centre local de services communautaires, elles relèvent du D.S.C. Les médecins sont rarement présents à ces rencontres. En fait, ils n'y participent qu'occasionnellement pour traiter de thèmes touchant les anomalies et les risques possibles relatifs à la grossesse et à l'accouchement.

Depuis 1977, les rencontres prénatales sont accessibles à toutes les Québécoises. Parallèlement aux rencontres organisées par le personnel des C.L.S.C., de nombreux organismes privés comme des centres d'épanouissement psycho-corporel et des centres récréatifs tout autant que des organismes à but non lucratif tels les Y.W.C.A. et les commissions scolaires offrent aussi des "cours" de

préparation à l'accouchement. Les philosophies et les approches mises de l'avant varient selon les lieux et les animatrices.

Quel que soit le lieu à partir duquel les rencontres prénatales sont dispensées, une constante demeure. L'approche privilégiée par les animatrices ne trouve pas toujours l'écho souhaité auprès des médecins-accoucheurs lors de l'accouchement. Il est très fréquent que le scénario en fonction duquel la future mère s'est préparée soit alors modifié, risquant ainsi d'accroître l'insécurité de celle-ci.

4.3.2 La phase natale

Si les lieux offrant les services de la phase prénatale sont nombreux, il en va autrement en ce qui concerne la phase natale. En effet, les services professionnels afférents à celle-ci ne sont disponibles qu'en un seul lieu: l'hôpital. En 1981, 93 662 soit 98% (1) des bébés québécois sont nés à l'hôpital sous le contrôle des médecins et la surveillance des infirmieres oeuvrant dans le département d'obstétrique. Le travail se déroule en salle de travail et l'accouchement en salle d'accouchement (2).

Outre ce lieu traditionnel, de nouvelles possibilités se sont développées timidement au Québec. Ainsi, depuis 1980 et, surtout,

---

1. Ministère des Affaires sociales, Registre de la population. Naissances 1981, tableau naissances par mois selon le sexe avec le nombre annuel de naissances à l'hôpital pour la province de Québec.

2. On trouvera une description sur les modalités d'accouchement à l'hôpital au Québec dans Laurendeau, F., op. cit.

depuis la tenue des colloques Accoucher ou se faire accoucher, certains centres hospitaliers ont cherché à répondre aux besoins d'humanisation des services en aménageant une chambre de naissance dans leur département d'obstétrique (1). Cette formule pourrait constituer l'amorce d'une adaptation québécoise du Centre alternatif de naissance américain décrit précédemment. Cependant, elle n'existe que pour la phase natale du processus. De plus, là où l'on a poussé l'initiative jusqu'à mettre en place plus d'une chambre de naissance, il reste à prolonger l'effort pour qu'un personnel compétent dans le suivi des grossesses et des accouchements normaux redéfinisse tant l'approche que les pratiques au regard de ces événements (2).

Un autre lieu de naissance semble attirer de plus en plus l'attention des futures ménagères. Il s'agit du domicile privé. Au coeur de débats touchant la périnatalité, il demeure le choix d'une faible minorité de femmes/couples.

On sait très peu de choses sur le type de pratique qui s'y déroule et sur la qualité des intervenants. Son caractère quasi clandestin en fait un lieu rejeté par la plupart des médecins qui trouvent

---

1. Pour connaître l'ampleur de ce phénomène, voir Morneault, op. cit.

2. Verreau, M. insiste très justement sur ce point dans: Au-delà du décor, Carrefour des Affaires sociales, 1983, 5 (3): 11-12.

plus prudent et, surtout, plus pratique d'offrir une alternative à l'accouchement à domicile à l'intérieur des milieux hospitaliers.

Quant aux maternités, à toutes fins pratiques, elles n'existent pas au Québec. Signalons toutefois que, depuis 1978, un obstétricien de Montréal tente de reproduire l'expérience d'une maternité afin de procurer certains avantages de l'accouchement à domicile à proximité d'un centre hospitalier. Il offre à ses clientes considérées à bas risques la possibilité d'accoucher dans une pièce adjacente à son bureau et aménagée en chambre de naissance. Les femmes peuvent y accoucher naturellement sous surveillance médicale. En cas de complications, il transfert la future mère à l'hôpital et fait les interventions nécessaires (1).

4.3.3 La phase postnatale

Le suivi postnatal immédiat, comme l'accouchement, a lieu à l'hôpital et ce sont les infirmières qui s'en occupent. Après quatre ou cinq jours, la femme rentre à la maison. Elle recevra habituellement la visite ou un appel téléphonique d'une "infirmière visiteuse qui relève du D.S.C. ou du C.L.S.C. Si elle a un médecin de famille, c'est souvent ce dernier qui suivra l'enfant à son cabinet, en clinique, ou encore à l'hôpital. Elle peut également faire appel

---

1. Lowry, F., A new concept in the old practice of obstetrics. Canadian Doctor, 1980 (january): 74-76; 81; 83-84.

aux services d'un spécialiste, en l'occurrence un pédiâtre ou, encore, bénéficier, si elle s'est prévalue de ces services dans un C.L.S.C., des conseils de l'infirmière en périnatalité qui s'occupera aussi du nourrisson après six semaines. Enfin, elle verra le médecin qui a suivi sa grossesse.

Outre les ressources médicales auxquelles la nouvelle mère peut recourir, il n'existe pas à ce jour au Québec de véritables services postnatals. En conséquence, dès sa sortie de l'hôpital, celle-ci se retrouve devant ses propres ressources pour comprendre le comportement du bébé, celui de sa famille devant le nouveau venu et le sien. Ainsi en est-il au plan de l'exercice physique, de l'alimentation, de l'allaitement, etc. Seuls quelques C.L.S.C. ont cherché à combler cette lacune.

En somme, les services actuellement offerts aux Québécoises en matière de grossesse et d'accouchement se caractérisent par deux aspects principaux. D'abord, ils sont très parcellisés entre une multitude d'intervenants assumant des responsabilités à un moment ou l'autre de la grossesse et de l'accouchement. Ensuite, ils offrent peu de choix réels quant au lieu d'accouchement.

4.3.4 Les régions éloignées et isolées

Dans les régions éloignées et isolées, cette parcellisation s'est progressivement implantée à un point tel que l'on transporte maintenant les femmes dans les hôpitaux "du sud" pour qu'elles accouchent (1). Généralement, ces transferts ont lieu environ un mois avant la date prévue pour l'accouchement. Jusqu'à ce moment, les femmes sont suivies par des infirmières travaillant dans les départements de santé communautaire.

Au plan humain, la situation vécue par les femmes du nord est pénible à plusieurs égards. En raison du dépaysement et de l'isolement qu'elles doivent vivre durant le mois d'attente de leur enfant, elles sont placées dans une position de dépendance totale par rapport au système qui les accueille. Leurs schèmes culturels de référence sont bouleversés. De plus, au plan familial, la rupture créée par le transfert de la mère pertube les liens familiaux.

En somme, si les conditions d'accouchement pour les femmes des régions éloignées et isolées offrent une sécurité physique, c'est trop souvent au détriment d'un bien-être psychologique et familial. Sans doute y aurait-il moyen de concilier les deux. Du moins, c'est là la conviction du comité.

---

1. Pour plus de détails, sur la situation qui prévaut dans les régions éloignées et isolées, voir l'annexe III, à la page 325.

4.4 Les lieux d'exercice possibles de la sage-femme au Québec

À la lumière des informations sur les lieux d'exercice reconnus aux sages-femmes dans d'autres pays et de ceux à partir desquels les services en périnatalité sont actuellement offerts aux Québécoises, nous avons cherché à préciser les lieux possibles d'insertion de la sage-femme. Afin que cette insertion se concrétise le plus rapidement possible, ces lieux sont donc ceux qui, tout en garantissant une transformation de la pratique actuelle, offrent les avantages de la faisabilité en respectant les principes directeurs énoncés précédemment. Dans cette optique, le comité suggère d'utiliser les structures déja existantes et d'élargir le concept de chambre de naissance à celui de Centre alternatif de naissance. Il tient toutefois à souligner que, n'eut été des délais dans l'accès aux services des sages-femmes et des coûts afférents à la création d'une nouvelle structure, la création d'un réseau de maternités aurait été de loin préférable.

4.4.1 L'utilisation des structures déjà existantes

La sage-femme doit avoir un port d'attache stable qui lui permette de recevoir ses clientes, les conseiller, procéder aux examens requis et les diriger, le cas échéant, vers d'autres ressources. Elle doit aussi avoir la possibilité d'y développer une pratique lui permettant de suivre chacune des phases de la maternité pour éviter le morcellement observé dans d'autres pays. À cet effet, le comité croit que les C.L.S.C. seraient les lieux les plus propices du

système actuel pour accueillir les sages-femmes au nombre de ses effectifs salariés et pour leur constituer un port d'attache intéressant à plusieurs égards.

Diverses raisons militent en faveur d'une telle proposition. Accessibles en raison de leur distribution sur le territoire (1), orientés vers une vocation communautaire, privilégiant une pratique de médecine globale et préventive et offrant des services de première ligne, les C.L.S.C. constituent des lieux où les sages-femmes pourraient développer en toute liberté une pratique qui leur soit propre tout en demeurant articulée aux principes évoqués précédemment. De plus, les C.L.S.C. regroupent des spécialistes de plusieurs disciplines (psychologues, nutritionnistes, travailleurs sociaux, infirmières, médecins, etc.) avec lesquels la sage-femme pourrait collaborer en s'intégrant, le cas échéant, à des équipes de travail déjà formées. Finalement, il importe de rappeler que plusieurs C.L.S.C. offrent déjà des services périnatals. À cet égard, la présence des sages-femmes peut certainement se situer dans le prolongement des mandats déjà confiés à ces institutions.

Cependant, les C.L.S.C. ne sont pas équipés pour assurer les services de la phase natale. Plusieurs facteurs nous indiquent aussi qu'il serait prématuré de penser à leur ajouter cette autre fonction. Résultat d'une réforme majeure récente, la vocation des

---

1. On estime qu'il devrait y avoir 160 C.L.S.C. répartis sur le territoire québécois d'ici 1986 (Anctil, H., De l'utopie nécessaire à la nécessité, Carrefour des Affaires sociales, 1982, 4 (4): 14-18).

C.L.S.C. n'est pas encore complètement définie. Pour cette raison, il serait peu réaliste de penser à procéder à de tels changements. Il est donc préférable d'envisager une autre solution pour permettre à la sage-femme d'accompagner et d'assister sa cliente tout au cours de la phase active du travail et de l'accouchement. Le choix du comité s'est arrêté sur l'hôpital et le domicile.

La pratique à l'hôpital implique que les sages-femmes y acquièrent un privilège d'exercice au même titre que certains omnipraticiens. Ce privilège devrait leur donner la possibilité d'utiliser les services connexes au département d'obstétrique et de consulter ou de diriger leurs clientes au besoin. Un protocole d'entente pourrait donc être établi entre les C.L.S.C., les employeurs des sages-femmes, et les centres hospitaliers pour arrêter les conditions définissant ce privilège d'exercice.

Quant à l'accouchement à domicile, il implique dans tous les pays où il est pratiqué l'établissement de critères permettant de sélectionner les femmes qui peuvent, en toute sécurité, accoucher à la maison et aussi de normes définissant les conditions devant entourer une telle pratique. Généralement déterminés dans les divers pays par les associations professionnelles de sages-femmes, ces critères et ces normes font ensuite l'objet d'un consensus avec le corps médical. Le comité est d'avis qu'un même scénario pourrait être imaginé au Québec pour préciser les balises encadrant

l'accouchement à la maison. Une telle libéralisation de celui-ci aurait pour effet d'en permettre un meilleur contrôle et de diminuer les risques inutiles qu'engendre la clandestinité.

4.4.2 L'élargissement du concept de chambres de naissance à celui de Centre alternatif de naissance

De l'avis du comité, l'élargissement du concept de chambre de naissance à celui de Centre alternatif de naissance serait réalisable dès qu'on aurait reconnu professionnellement les sages-femmes. Une telle décision se situerait dans le prolongement des efforts déjà amorcés suite à la mise en place de chambres de naissance.

En effet, il y a depuis quelque temps des hôpitaux qui se sont munis d'une deuxième ou même de plusieurs chambres de naissance. Si ces locaux étaient remis entre les mains des sages-femmes et que celles-ci se voyaient confier la responsabilité d'y développer un système de soins adaptés au déroulement d'accouchements normaux, le Québec aurait alors de véritables Centres alternatifs de naissance qui témoigneraient d'une approche nouvelle en périnatalité tant sur le plan humain qu'environnemental physique. Comme l'installation de chambres de naissance et l'outillage utilisé dans les suivis normaux pré et postnatals ne nécessiteront qu'un faible investissement, cette nouvelle approche des soins en périnatalité pourrait se faire sans engendrer des coûts très élevés.

En effet, nous avons pu constater, au cours de nos visites, que l'on pouvait mettre sur pied une chambre de naissance pour environ deux cents dollars (1). Dans les faits, la future mère sera admise directement au Centre alternatif de naissance et pourra y occuper une chambre sans qu'elle n'ait à subir, par la suite, déménagements et transferts de la salle de travail à la salle d'accouchement, de la salle d'accouchement à la salle de réveil et de cette dernière salle à sa propre chambre. Il en est de même pour l'enfant qui pourra demeurer auprès de sa mère pendant toute la durée du séjour au centre. Pour de coûts relativement faibles, les femmes qui choisiraient ces services pourraient donc vivre la totalité du processus avec les mêmes personnes ressources tout en gardant la sécurité qu'offre l'hôpital.

4.4.3 La création de maternités

La pratique des sages-femmes en milieu hospitalier, si elle demeure fort acceptable dans le contexte évoqué ici, n'en demeure pas moins, en raison de la vocation même de l'hôpital, soumise à de fortes pressions de "normalisation" selon des critères strictement médicaux. À cet égard, nous avons rappelé précédemment la tendance observée dans les Centres alternatifs de naissance aux États-Unis au transfert des femmes vers les départements d'obstétrique dès

---

1. Voir l'annexe II, à la page 281.

l'apparition d'un problème, soit-il mineur (1). De plus, pour plusieurs femmes, l'hôpital demeure un lieu de traitement des maladies et constitue, pour cette raison, un endroit peu adéquat pour donner la vie. Aussi il faut penser à une infrastructure mieux adaptée.

Dans cette perspective, ce qui a été développé précédemment demeure une solution à court terme pouvant pallier le plus rapidement possible la situation actuelle. L'idéal, selon le comité, serait de créer des maternités où les sages-femmes pourront mieux satisfaire leur clientèle et travailler plus à l'aise. Ces maternités seront publiques ou privées mais leurs caractères communs en feront des lieux privilégiés pour grossesses et accouchements normaux. Faisant aux sages-femmes une large place dans l'administration, elles seront à une faible distance d'un hôpital mais complètement indépendantes de ceux-ci. Bien entendu, la totalité des services périnatals y sera offerte sous un même toit. C'est précisément grâce à ce dernier aspect que la maternité présente des avantages marqués par rapport aux autres lieux d'exercice.

4.4.4 Les régions éloignées et isolées

À la lumière de certaines expériences américaines (2), il appert que les régions présentant des caractéristiques culturelles et

---

1. Mehl, op. cit.
2. Voir l'annexe III, à la page 325.

géographiques particulières peuvent avantageusement et en toute sécurité bénéficier des services des sages-femmes. Intégrées dans les départements de santé communautaire, celles-ci sont en mesure d'assurer localement l'ensemble des services afférents à la maternité. Dans une telle perspective, seuls les cas susceptibles de présenter des complications feraient l'objet d'un transfert. Quant aux accouchements proprement dits, ils pourraient avoir lieu au dispensaire ou au domicile de la future mère si tel est son souhait et que les conditions de logement le permettent.

4.5 Conclusion

En somme, que ce soit pour l'ensemble du territoire ou pour celui des régions éloignées et isolées, le comité estime que la sage-femme devrait, dans une perspective à court terme, être intégrée aux structures existantes du réseau de santé. Une telle solution aurait l'avantage de faciliter, sinon d'accélérer, la réinstallation des sages-femmes, tout en ne requérant pas la mise sur pied de nouvelles structures, nécessairement génératrices de coûts.

CHAPITRE 5

Le statut professionnel des sages-femmes

5.1 Présentation

L'objectif de ce chapitre est de définir les paramètres essentiels du statut professionnel des sages-femmes. Il s'agit là d'une étape importante. C'est en effet sur la base de ce statut que ces dernières seront autorisées à accomplir les tâches précédemment identifiées, qu'on leur reconnaîtra l'autonomie nécessaire pour les assumer et qu'on contrôlera également la qualité de leurs services professionnels.

Dans cet ordre d'idée, le comité s'est interrogé sur les diverses modalités qui, au plan légal, permettraient de fixer les paramètres du statut professionnel des sages-femmes. Il a procédé en trois temps. Les travaux ont d'abord porté sur une analyse des dispositions légales et réglementaires qui régissent, encore à ce jour, l'exercice de la profession de sage-femme au Québec. Dans un deuxième temps, le comité a procédé à un examen de la situation qui prévaut ailleurs en ces matières. Des pistes intéressantes ont pu être ainsi identifiées. Leur analyse nous a finalement permis, dans un troisième temps, d'arrêter les paramètres essentiels du statut professionnel de la sage-femme dans le Québec contemporain.

5.2 Situation juridique actuelle des sages-femmes au Québec

Les sages-femmes ne peuvent pas pratiquer au Québec. Ce n'est toutefois pas parce que le droit leur en est formellement interdit par une loi quelconque, ou encore non spécifiquement reconnu par l'absence de toute référence à la profession dans les textes de loi. Le législateur a reconnu la profession de sage-femme. En effet, bien que la pratique des accouchements fasse partie de l'exercice de la médecine selon l'article 31 de la Loi médicale (1), l'article 43 de cette même loi (2) stipule, au paragraphe c, que cet acte peut aussi être posé par une sage-femme exerçant l'obstétrique, mais ce, conformément à des règlements adoptés par le bureau de la Corporation professionnelle des médecins.

Reconnue par le législateur, la profession de sage-femme est donc sous le contrôle de la Corporation professionnelle des médecins.

---

1. L.R.Q., c.M.-9. L'article 31 s'énonce comme suit:

   "Constitue l'exercice de la médecine tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain.

   L'exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratique des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement de maladies ou d'affections".

2. L'article 43 de la Loi médicale est ainsi libellé:

   "Sous réserve des droits et privilèges expressément accordés par la loi à d'autres professionnels, nul ne peut poser l'un des actes décrits à l'article 31, s'il n'est pas médecin.

   Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux actes posés:
   c) par les sages-femmes exerçant l'obstétrique conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe a) du premier alinéa de l'article 19".

Par le pouvoir de réglementation qui lui est conféré en vertu de l'article 19 de la Loi médicale (1), celle-ci a le devoir de déterminer les règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes. À l'instar de plusieurs organismes professionnels, le bureau de la Corporation professionnelle des médecins a négligé, au cours des récentes décennies, le devoir qui lui est ainsi conféré par la loi médicale. En effet, il n'a procédé à aucune mise à jour de l'ancien article 33 du règlement du Collège des médecins et chirurgiens. Or, bien qu'il soit difficile de retracer avec exactitude la date d'adoption de ce règlement, on peut néanmoins affirmer qu'elle est antérieure à 1964 (2).

De nombreuses modifications ont affecté la loi médicale depuis 1964. Néanmoins, l'ancien article 33 du règlement sur les sages-femmes (3) du Collège des médecins et chirurgiens a constamment été reporté. Un récent décret en date du 16 décembre 1981 en a encore prorogé la période de mise en vigueur jusqu'au 1er janvier 1984 (4).

---

1. L'article 19 de la Loi médicale (op. cit.) s'énonce en ces termes:

   "En outre des pouvoirs prévus aux articles 87 et 93 du Code des professions, le bureau doit, par règlement:
   a) déterminer des règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes".

2. Ce n'est en effet que dans le recueil de règlements accompagnant la Loi médicale de 1964 (S.R.Q. 1964, c. 249) que l'on trouve trace de l'article 33 dans la forme qu'on lui connaît encore aujourd'hui.

3. Règlement sur les sages-femmes, les examens d'admission à l'exercice de la médecine, les licences provinciale et fédérale et les requêtes au Bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec (R.R.Q., Chap. M-9, r. 17).

4. Décret 34-34-81, 16 décembre 1981.

Ce règlement fixe les conditions d'admission des sages-femmes à la pratique d'obstétrique dans les termes suivants:

> "L'admission des sages-femmes à la pratique de l'obstétrique a lieu à une date fixée par le président.
>
> Toute femme qui désire se présenter devant le comité pour subir l'examen et obtenir le permis d'exercer l'obstétrique au Québec, doit fournir au registraire:
>
> a) un certificat de présence à au moins 50 leçons données par un professeur d'obstétrique d'une des 4 universités reconnues au Québec. Ce professeur doit être attaché à une maternité;
>
> b) un certificat de stage régulier pendant 6 mois dans une maternité affiliée à l'une des 4 universités;
>
> c) un certificat d'assistance à au moins 50 cas d'accouchement;
>
> d) un certificat établissant qu'elle a suivi un cours d'études solides et possède un diplôme de 10e année.
>
> Toute femme qui subit avec succès l'examen et se conforme à toutes les exigences des règlements du Collège, a droit à une licence de sage-femme. Cette licence ne confère que le droit de faire des accouchements et non d'exercer la médecine. Dans les cas d'accouchements laborieux, elle doit appeler un médecin sous peine d'encourir les pénalités édictées par la loi. La cotisation annuelle d'une sage-femme est de 2,00 $ et les honoraires pour l'obtention de la licence sont de 25,00 $ ".

Tel que formulé, cet article est évidemment caduc. En effet, si on tente de l'appliquer à des personnes voulant acquérir les qualités requises, on constate qu'il fixe des conditions difficiles à rencontrer. D'une part, les structures d'accueil des universités et des hôpitaux ont évolué. Rien n'y est désormais prévu pour recevoir celles qui souhaitent acquérir la formation et réaliser le stage pratique requis comme préalable à l'obtention de la licence

de sage-femme. D'autre part, auraient-elles ces prérequis qu'elles ne pourraient pas davantage obtenir cette licence puisque le président de la Corporation professionnelle des médecins n'a pas fixé de date pour l'admission des sages-femmes à la pratique. Considéré sous cet angle, l'ancien article 33 du règlement adopté en vertu du paragraphe a) du premier alinéa de l'article 19 de la Loi médicale est, à toutes fins pratiques, impossible à appliquer.

En somme, bien que la Loi médicale reconnaisse le partage de la pratique exclusive de l'obstétrique entre les sages-femmes et les médecins, cette pratique doit néanmoins être faite dans le cadre d'un règlement adopté par le Bureau du collège des médecins et chirurgiens. L'omission d'une mise à jour du règlement équivaut dans les faits à interdire légalement l'exercice de la profession de sage-femme et à le reléguer dans la clandestinité.

Le comité s'est interrogé sur le sens à donner à cette omission. Après analyse, il en a conclu qu'elle traduit une décision de la Corporation professionnelle de médecins. Estimant que le Québec dispose d'une main-d'oeuvre médicale suffisante, la Corporation aurait vu là une donnée rendant caducs le besoin de sages-femmes et la nécessité pour son Bureau, d'émettre des règlements. Du moins,

une lettre de son secrétaire général adjoint invite-t-elle à penser en ces termes (1).

5.3 Étude comparative

Inopérant, le statut juridique de la sage-femme au Québec doit être repensé. À cet égard, plusieurs questions se posent. Y aurait-il lieu, par exemple, de conserver les dispositions actuelles de la Loi médicale, ou encore d'apporter des amendements à la loi des infirmiers et infirmières (2) de façon à y intégrer les sages-femmes? Ne serait-il pas préférable que ces dernières soient régies par une loi spécifique? Dans un tel cas, quelles seraient les modalités permettant d'assurer le contrôle de la profession?

L'étude comparative du statut juridique des sages-femmes dans différents pays a permis au comité de répertorier les différentes approches retenues ailleurs et de les analyser sous l'angle des avantages et contraintes qu'ils représentent pour la profession de sages-femmes.

---

1. Une explication en ce sens a, en effet, été fournie par le secrétaire général adjoint de la Corporation professionnelle des médecins, monsieur Jacques Brière, m.d. dans une lettre qu'il adressait, le 20 juin 1980, au Community Task Force on Maternal and Child Health. Le texte exact signé par monsieur Brière est le suivant: "Although the Medical Act gives the bureau of the Corporation power to make regulations respecting the study and practice of obstetrics by midwives, such regulations have not been drafted. Sufficient medical manpower, in the province of Quebec, has precluded the need for midwives and the necessity of the bureau to draft regulations".

2. Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., C. I-8, 1979.

5.3.1 Canada

On a noté, plus haut, qu'il existait au Québec un écart réel entre la volonté du législateur et la façon dont elle s'est traduite dans les faits. On observe également un tel écart dans plusieurs provinces canadiennes (1). Il importe donc, pour bien rendre compte de toute la réalité, d'analyser d'abord la situation qui prévaut en théorie, c'est-à-dire dans les textes de loi, et ensuite celle qui prévaut en pratique, c'est-à-dire la possibilité réelle qu'ont les sages-femmes d'exercer leur profession.

Si l'on s'en tient aux textes de loi, il n'y a que quatre provinces canadiennes où le législateur ne prévoit aucune disposition autorisant les sages-femmes à exercer leur profession. Il s'agit des provinces suivantes: Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard. Pour deux d'entre elles, soit l'Ontario et le Nouveau-Brunswick, cette absence de référence à la profession de sages-femmes date de peu. En effet, c'est au cours de refontes récentes des lois médicales de ces deux provinces que le législateur a décidé de ne prévoir désormais aucune disposition de nature à permettre aux sages-femmes de pratiquer, sous certaines conditions, l'obstétrique (2).

---

1. Voir le tableau 6, à la page 116.

2. Dans la refonte de la loi ontarienne (R.S.O 1980, c. 196, Health Disciplines Act) on ne retrouve plus le pouvoir de la Corporation des médecins de faire des règlements sur les sages-femmes. De la même façon, la refonte de la loi médicale du Nouveau-Brunswick a fait disparaître la mention indiquant que cette loi, laquelle réserve la pratique de la médecine, et plus spécifiquement de l'obstétrique, ne s'applique pas aux sages-femmes qui assistent les femmes durant les accouchements.

TABLEAU 6

STATUT JURIDIQUE DES SAGES-FEMMES DANS LES PROVINCES

ET TERRITOIRES DU CANADA (1)

Droit virtuel d'exercice	Responsable de la réglementation	Loi spécifique aux sages-femmes	Loi médicale (2)
Reconnu	"Midwifery Board"	Terre-Neuve (3)	
	Collège des médecins		Alberta (3) Colombie Britanique (4) Manitoba (4) Québec (4)
	Législateur		Saskatchewan (4) Territoires du Nord-Ouest (3)
Non reconnu			Île-du-Prince-Édouard Nouveau-Brunswick Nouvelle-Écosse Ontario Yukon

1. On trouvera à l'annexe IV les références aux lois canadiennes concernées.

2. Dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon, il s'agit non pas d'une Loi médicale mais d'un "medical profession ordinance".

3. La pratique des sages-femmes est autorisée dans les régions éloignées et isolées seulement.

4. En pratique, l'exercice de la profession de sage-femme n'est pas autorisée.

Outre le Québec, quatre provinces ont retenu dans leur Loi médicale le principe d'un partage du champ de l'obstétrique entre les médecins et les sages-femmes. Ce sont la Colombie Britannique, le Manitoba, l'Alberta et la Saskatchewan. L'accès des sages-femmes au champ de l'obstétrique est cependant réglementé. A l'exception de la Saskatchewan, la définition de cette réglementation est confiée aux collèges de médecins.

Une seule province canadienne dispose d'une loi spécifique des sages-femmes. Il s'agit de Terre-Neuve qui a promulgué "An act respecting the practice of midwifery" (c. 235). Les conditions d'accès à la pratique sont définies non pas par un collège de médecins mais par un "midwifery board" nommé par le "Deputy minister of Health".

Quant à la situation qui prévaut dans les territoires sous contrôle fédéral, elle ne diffère guère de ce qu'on observe dans les provinces. Ainsi, il est stipulé dans la législation des Territoires du Nord-Ouest, soit dans le "Medical Profession Ordinance" (M-10), que quiconque peut faire la preuve qu'il est qualifié pour être inscrit dans un registre médical d'une autre province peut également l'être dans celui des territoires. Dans ces conditions, pour qu'une sage-femme puisse y exercer, elle doit satisfaire cette condition.

Par ailleurs, on ne retrouve, dans la législation du Yukon (Medical Profession Ordinance, 1958, R.O., C.73) aucune ouverture permettant aux sages-femmes d'exercer. En effet, nul ne peut être inscrit

dans le registre médical de ce territoire à moins de détenir un diplôme d'une école médicale reconnue.

Dans la pratique toutefois, malgré ces ouvertures diverses dans les lois, la volonté du législateur ne s'est matérialisée qu'en trois endroits. En effet, les sages-femmes peuvent effectivement exercer leur profession dans les provinces de Terre-Neuve et de l'Alberta ainsi que dans les Territoires du Nord-Ouest. Elles sont cependant très limitées en terme de rayonnement géographique: elles ne peuvent pratiquer en dehors des régions éloignées et isolées.

A l'instar du Québec, dans les quatre autres provinces canadiennes qui ont prévu dans leur législation des dispositions réglementaires devant déterminer les conditions d'obtention d'un droit de pratique comme sage-femme, la façon d'appliquer ou de gérer le règlement rend inopérante la volonté du législateur. Ainsi, en Colombie Britannique, en Alberta et en Saskatchewan, ce règlement est libellé de façon telle qu'il a pour effet d'interdire la pratique de sage-femme à d'autres que les médecins. Au Manitoba, on est arrivé au même résultat mais par une voie différente: on n'a énoncé aucune disposition permettant que la profession de sage-femme soit exercée sauf évidemment par les médecins.

En somme, à l'échelle canadienne, la situation des sages-femmes est analogue à celle observée au Québec. A l'exception de Terre-Neuve, de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest, l'exercice de cette

profession est soit interdit légalement, aucun partage du champ de l'obstétrique n'étant prévu, soit encore rendu impossible en raison des règlements mêmes qui devraient normalement en définir les conditions.

5.3.2 États-Unis

La profession de sage-femme est beaucoup plus développée aux États-Unis qu'au Canada. En effet, on retrouve dans la législation d'une majorité d'états américains (1) des dispositions y ayant trait. Leur analyse est cependant fort complexe. La législation varie d'un état à l'autre et les pratiques s'y développent selon des règles également distinctes. De plus, les responsabilités autour desquelles s'organise la profession de sage-femme telle que définie dans ce rapport sont, dans plusieurs états, assumées par des personnes non médecins et dont le titre professionnel est autre que celui de sage-femme. Nous nous arrêterons sur ces réalités complexes à partir de deux sources d'information qui nous ont permis de dresser un portrait du statut professionnel des "sages-femmes" américaines, c'est-à-dire de celles qui, au sens de la définition adoptée ici, assument des responsabilités de sages-femmes. Il

---

1. Outre les 49 états qui les composent, les États-Unis comptent quatre districts: la Columbie, les Îles Vierges, Guam et Puerto-Rico. Pour alléger le texte, nous n'utiliserons que le mot "état" pour nous référer à l'ensemble du territoire américain.

s'agit d'enquêtes menées, en 1975, par l'American College of Nurse-Midwifery (1) et, en 1979-1980, par deux avocats du Michigan, Throne et Lawrence P. Hanson (2). Nous les avons analysées suivant la même grille que celle appliquée dans l'examen de la situation canadienne.

De ces sources d'information, il ressort que la volonté du législateur américain relativement aux sages-femmes (3) s'exprime, suivant les états, dans trois types de lois ou de dispositions législatives (4). Il peut s'agir d'une loi spécifique aux sages-femmes, d'une loi des infirmières ou encore d'une loi médicale. Dans aucune de ces lois, le législateur n'interdit formellement l'exercice de la profession de sage-femme (5). De ce point de vue, sur l'ensemble

---

1. American College of Nurse-midwives, Legislation and nurse-midwifery practice in the U.S.A., Journal of Nurse-Midwifery, 1976, XXI (2): 1-57.

2. Throne, L., Hanson, L., Midwifery laws in the United States, Women and Health, 1981, 6 (3-4): 7-27.

3. Un tableau synthèse (voir le tableau 7, à la page 121) dégage les grandes tendances des législations et des pratiques américaines relatives aux sages-femmes. On devra néanmoins l'interpréter avec prudence car, au-delà de la difficulté à rendre comparables des données construites selon des logiques différentes, il faut tenir compte du fait que leur collecte remonte à 1981. Or, les législations américaines relatives aux sages-femmes sont dans une période d'intense développement depuis 1970, se modifiant d'année en année.

4. Dans certains états, les professions sont régies par une seule loi générale - une sorte de code des professions - contenant un chapitre spécifique par profession. C'est le cas notamment en Californie.

5. Il faut toutefois préciser que dans certains états, soit le Michigan, le Wisconsin et le Missouri, les lois ont été interprétées de façon restrictive, interdisant, dans les faits, la pratique relative aux grossesses et accouchements normaux par d'autres que les médecins.

TABLEAU 7

STATUT JURIDIQUE DES PRATICIENS AUTRES QUE LES MEDECINS POUVANT ACCEDER DES RESPONSABILITES EN OBSTETRIQUE (SUIVI DE GYNECOLOGIE ET D'ACCOUCHEMENT) DANS LES ETATS ET DISTRICTS (ETC.) A-N)

TITRE PROFESSIONNEL	CONTRÔLE DE LA PRATIQUE	BASE LÉGALE		
		LOI DES SAGES-FEMMES	LOI DES INFIRMIÈRES	LOI MÉDICALE
A	B	C	D	E
SAGE-FEMME	1 BOARD OF HEALTH	Arizona (R: OCP) Bahamas (R: OCP)1) Connecticut (R: OCP) Georgia (R: OCP) Hawaii (R: NIL)1) Kentucky (R: OCP)1) Maryland (R: OCP)1) New Mexico (R: OCP) Puerto Rico (R: OCP)1) South Carolina (R: OCP)1) Virginia (R: OCP)1) Washington West Virginia (R: IND)1)		Florida (R: OCP) Guam (R: OCP) Louisiana (Orleans Parish) (R: NIL) Rhode Island (R: OCP)
	2 BOARD OF MEDICAL EXAMINERS	California (R: NIL) Minnesota (R: NIL) New Jersey (R: IND)		Colorado (R: NIL) Indiana (R: OCP)4) Louisiana (R: NIL) Wisconsin (R: OCP)
	5 AUCUN OU INDÉTERMINÉ	Alabama (R: IND) Bahamas Texas (R: NIL)1)7		Alaska (R: IND)4) Illinois (R: NIL) Mississippi (R: NIL)
INFIRMIÈRE SAGE-FEMME	1 BOARD OF HEALTH	Hawaii (R: OCP)6) Kentucky (R: OCP) New Mexico (R: OCP) New York (R: OCP) Virginia (R: OCP)	Colombia (R: NIL)5 Delaware (R: OCP)	Florida (R: OCP) Rhode Island (R: OCP) Guam (R: OCP)
	2 BOARD OF NURSE EXAMINERS	New Jersey (R: IND) Pennsylvania		Ohio (R: IND) Puerto Rico (R: OCP) Indiana (R: NIL)
	3 BOARD OF MEDICAL EXAMINERS	California (R: OCP)2 Virgin Islands West Virginia (R: IND)	Montana (R: OCP) Utah (R: OCP)	
	4 JOINT BOARD OF NURSE AND MEDICAL EXAMINERS		Alabama (R: NIL)	
INFIRMIÈRE	4 BOARD OF HEALTH			Connecticut (R: NIL)4)
	3 BOARD OF NURSE EXAMINERS		Alaska (R: A,6)7 Arizona (R: OCP)7 Bahamas (R: C)1 Colorado (R: C)5,7 Guam (R: NIL)7 Maine (R: OCP)1,7 Maryland (R: NIL)1,7 Mississippi (R: OCP)1,7 Nevada (R: OCP)7 New Hampshire (R: A,6)7 North Carolina (R: C)7 Oregon (R: OCP)7 South Dakota (R: OCP)7 Tennessee (R: OCP)1,7 Vermont (R: NIL)1,7 Washington (R: A,6)7	
AUCUN	Iowa Oklahoma Kansas Mississippi Nebraska North Dakota			

LÉGENDE : R : RÈGLEMENT ÉMIS PAR
OCP : ORGANISME DE CONTRÔLE DE LA PROFESSION
EL : EN ÉLABORATION

IND : INDÉTERMINÉ
NIL : AUCUN
A, CHIFFRE(S) : AUTRE ORGANISME IDENTIFIÉ PAR L'UN DES CHIFFRES DE LA COLONNE D

DÉFINITIONS

Titre professionnel : Titre professionnel apparaissant sur le permis en vertu duquel le suivi autonome de grossesse et d'accouchements normaux est autorisé.

Contrôle de la pratique : Organisme responsable de la délivrance du permis donnant accès au titre professionnel.

Base légale : Loi ou disposition législative en vertu de laquelle un titre professionnel est reconnu et un permis délivré.

Règlement : Disposition énonçant spécifiquement l'exercice du titre professionnel.

---

1) Une clause grand-père reconnaît les lois acquises en vertu d'anciennes lois ou dispositions législatives.

2) Dans cet état, la loi prévoit qu'on définisse les règlements régissant la profession d'infirmière sage-femme par le biais d'un comité sur lequel doivent siéger des infirmières sages-femmes et des obstétriciens.

3) Des dispositions énonçant la pratique et élaborées collectivement par des groupes interprofessionnels énoncent l'exercice de la profession.

4) Absence de loi reconnaissant expressément l'exercice de la profession. Celui-ci est autorisé soit en vertu de dispositions réglementaires, soit encore d'un argument tiré

5) Le contrôle de la profession est exercé par un "Board of Nurse - Midwives"

6) Aucun permis n'est requis pour exercer la profession.

7) La pratique est autorisée en vertu du rôle étendu de l'infirmière.

du territoire américain, les "sages-femmes" pourraient pratiquer en se basant tantôt sur une reconnaissance juridique spécifique, tantôt sur une absence d'interdiction formelle.

Quelle que soit la base légale à partir de laquelle on accepte, dans un état, que d'autres personnes que les médecins assument la responsabilité de grossesses et d'accouchements normaux, on peut partager en trois grandes catégories les titres professionnels reconnus dans les législations et à partir desquels s'exerce la pratique: sage-femme, infirmière-sage-femme et infirmière. Il existe également certains états qui, bien que n'interdisant pas formellement la pratique des accouchements par d'autres que les médecins, ne disposent d'aucune forme de reconnaissance pour asseoir officiellement une telle pratique.

De façon générale, les dispositions relatives au titre de sage-femme sont inscrites dans les lois américaines depuis fort longtemps. La plupart d'entre elles trouvent leur support légal dans une loi des sages-femmes, bien que quelques-unes se retrouvent également dans la loi médicale. A l'origine, ces dispositions visaient principalement à contrôler l'activité de celles qu'on appelait les "lay-midwives" et pour lesquelles aucune formation dans une école accréditée n'était disponible (1). Toutefois, depuis quelques

---

1. Dans le contexte actuel, il faut comprendre que les "lay-midwives" sont celles qui ont acquis leur expertise en cumulant des connaissances théoriques et en assistant un nombre très élevé d'acouchements si on le compare à celui requis dans les écoles reconnues par l'American College of Nurse-midwives. On trouvera plus d'informations dans Evenson, D., Midwives: survival of an ancient profession, Women's Right Law Reporter, 1983, 7 (4): 313-330.

années, la législation a beaucoup évolué. Certains états ont opté pour une disparition graduelle de ces praticiennes, ne leur reconnaissant un droit d'exercice qu'en vertu d'une clause grand-père. C'est le cas, notamment, dans les états de l'Alabama, du Colorado et de la Virginie (1).

D'autres états, par contre, tout en mettant à jour leur législation afférente aux "midwives", ont maintenu l'existence d'une profession de sage-femme pour laquelle ils n'imposent pas le prérequis d'infirmière mais dont ils précisent les exigences en terme de formation. Telle a été l'option prise dans les états, entre autres, du Rhode Island et de Washington.

Si les "lay-midwives" ont vu diminuer progressivement leur droit de pratique, si d'anciennes lois, jadis applicables principalement à celles-ci, ont été refondues pour y inclure des dispositions plus contemporaines, de façon concomitante, tout au cours des années '70, un essor important des infirmières-sages-femmes est apparu. Plusieurs états leur ont en effet reconnu un droit d'exercice, que ce soit en vertu d'une loi des sages-femmes, d'une loi des infirmières ou encore d'une loi médicale.

La plupart de ces états ont retenu comme support légal à la reconnaissance des infirmières-sages-femmes la loi des sages-femmes. Cette reconnaissance s'est faite suivant deux axes principaux.

---

1. On trouvera la liste des septs états ainsi concernés dans le tableau 7, à la page 121.

Certains états ont opté pour l'utilisation de leur loi sur les sages-femmes, les uns la refondant pour n'autoriser que la pratique des infirmières-sages-femmes, d'autres émettant plutôt des règlements en vertu de cette loi pour arriver au même résultat, quelques-uns enfin ajoutant dans les règlements existants la pratique des infirmières-sages-femmes. Le second axe est beaucoup plus simple. Il consiste en la promulgation d'une loi ou d'une disposition législative spécifique aux infirmières-sages-femmes (1).

La loi sur les sages-femmes n'est pas l'unique support légal reconnaissant le titre d'infirmière-sage-femme. En effet, dans quelques cas, on trouve une telle reconnaissance dans la loi sur les infirmières ou dans la loi médicale par le biais de dispositions spécifiques.

Le dernier titre en vertu duquel on peut, dans certains états américains et sans que l'on soit médecin, assumer la responsabilité de grossesses et d'accouchements normaux est celui d'infirmière (2). Il existe diverses modalités de reconnaissance officielle de ce titre. Il peut s'agir d'une modification de la loi des infirmières, de la promulgation d'un règlement ou encore des deux à la fois.

---

1. Voir le tableau 7, à la page 121, pour la liste des états reconnaissant le titre d'infirmière-sage-femme en vertu de la loi des sages-femmes.

2. Voir le tableau 7, à la page 121, pour la liste des états reconnaissant à l'infirmière le droit formel de faire des suivis de grossesses et des accouchements normaux en vertu de la loi des infirmières ou de la loi médicale.

La modification de la loi des infirmières en vertu de laquelle ces dernières peuvent accomplir des actes relevant du domaine de l'obstétrique est une disposition élargissant leur rôle. Par ce biais, on inclut dans leur champ professionnel des actes relatifs à l'établissement d'un diagnostic et à la prescription de mesures médicales thérapeutiques ou correctives. Il s'agit, en quelque sorte, d'une délégation d'actes médicaux (1), laquelle est demeurée cependant assez générale dans sa formulation. Parmi les vingt états autorisant les infirmières à assumer le suivi de grossesses et d'accouchements normaux (2), trois seulement l'ont fait en élargissant leur rôle tel que défini dans la loi des infirmières. Ce sont l'Idaho, le Maryland et le Vermont.

La promulgation d'un règlement, seconde forme de reconnaissance officielle, est généralement faite par un organisme gouvernemental. Elle s'appuie habituellement sur une interprétation libérale soit de la loi des infirmières, soit de la loi médicale. En effet, puisqu'aucune disposition de ces lois n'interdit formellement aux infirmières de faire des suivis de grossesses et d'accouchements normaux, on présume que de telles responsabilités peuvent être assumées en vertu de la loi régissant l'exercice professionnel de ces dernières. Dès lors, un règlement vient préciser les conditions

---

1. Il ne s'agit pas ici d'une délégation d'actes au sens où on entend généralement au Québec, c'est-à-dire où une profession ayant un exercice exclusif reconnu par la loi accepte de déléguer, à un autre corps professionnel, certains des actes reliés à cet exercice.

2. Voir le tableau 7, à la page 121 pour la liste de ces états.

dans lesquelles ces responsabilités devront se réaliser. Il peut également fixer les prérequis en terme de formation. À plusieurs égards, il est plus spécifique par rapport aux fonctions habituelles des "sages-femmes" que la disposition législative élargissant le rôle de l'infirmière. Cinq états ont opté pour la voie réglementaire afin de reconnaître officiellement aux infirmières la possibilité de réaliser le suivi de grossesses et d'accouchements normaux. Ce sont l'Arkansas, la Louisiane, le Massachusetts, la Caroline du Sud et la Georgie (1).

La majorité des états établissant que l'infirmière peut réaliser des suivis de grossesses et d'accouchements ont opté pour une troisième forme de reconnaissance officielle: la modification de la loi des infirmières élargissant leur rôle et la promulgation d'un règlement. Les infirmières assumant des responsabilités de sages-femmes disposent de la sorte d'une base ferme pour asseoir leur pratique. Douze états ont adopté cette modalité (2).

S'il existe une très grande diversité dans la façon dont on reconnaît, dans les cinquante-quatre états américains, qu'une personne autre que le médecin puisse assumer le suivi de grossesses et d'accouchements normaux, au niveau des modalités de contrôle de la

---

1. Dans ce dernier cas, la reconnaissance officielle passe non pas par un règlement au sens strict, mais par une entente conjointe signée par les groupes professionnels responsables des services de sages-femmes.

2. Ces états sont les suivants: Alaska, Arizona, Colorado, Maine, Mississippi, Dakota du Sud, Névada, New Hampshire, Oregon, Tennessee, Washington et Caroline du Nord.

profession, on trouve cependant plus d'homogénéité. Du moins, est-ce la conclusion à laquelle nous invitent les sources consultées. En effet, les moyens d'opérer ce contrôle, comme les organismes qui en sont responsables, sont, à quelques nuances près, identiques d'un état à l'autre.

Le contrôle de la pratique s'exerce généralement par l'émission d'un permis et la promulgation d'un règlement. Le permis est émis en vertu des dispositions d'une loi afférente aux professions et donne accès à un titre professionnel et à un droit d'exercice. Quant au règlement, il fixe les conditions de cet exercice.

Dans la grande majorité des états où l'exercice des responsabilités de sages-femmes est autorisé, à un titre professionnel ou à un autre, un permis est délivré. Par ce biais, un contrôle est exercé sur les personnes qui désirent se prévaloir du titre en question (1). Elles doivent, pour ce faire, répondre aux exigences requises pour la délivrance du permis. Ces exigences ont généralement trait au profil de formation. Dans quelques états, de tels contrôles n'existent pas. Il s'agit de l'Alabama, où les sages-femmes - les "lay-midwives" dans ce cas - pratiquent en vertu d'une clause grand-père, du Mississippi et du Texas.

---

1. On trouvera au tableau 7, page 121, la liste de tous les états contrôlant la pratique par la délivrance d'un permis.

Il en est des règlements comme des permis: on les retrouve dans une grande majorité des états (1). Ils précisent les conditions dans lesquelles la titulaire du titre professionnel doit s'acquitter de ses responsabilités. Quelques états seulement ont omis de promulguer des règlements encadrant la pratique. Il s'agit là d'une option qui, dans un très proche avenir, sera caduque si l'on s'en tient au nombre important d'états qui sont actuellement à élaborer leur règlement (2).

Qu'il s'agisse de la délivrance de permis ou de la promulgation de règlements, le contrôle de la profession est exercé par un même type d'organismes sur l'ensemble du territoire américain. Il s'agit des "Professionnal State Boards", organismes "composés en proportions diverses de membres issus de la profession et du public nommés par le gouverneur dont le rôle est d'abord de protéger le public contre l'incompétence et l'inconduite" (3).

---

1. Voir le tableau 7, page 121, pour la liste de ces états.

2. Voir le tableau 7, page 121. Les états où les règlements sont actuellement en phase d'élaboration sont identifiés de la façon suivante: la mention (R:EL) apparaît à la suite du nom de l'état.

3. Office des professions du Québec. Rapport de mission sur les modes de contrôles et de réglementation des professions aux États-Unis, Québec, 6 avril 1979 (p. 10). Quant aux fonctions de ces "Boards", elles "consistent à élaborer et à appliquer la réglementation concernant les qualifications nécessaires à l'exercice de la profession et les normes déontologiques qui doivent guider la conduite des professionnels en exercice. Les "Boards" doivent s'assurer que chaque candidat possède la compétence initiale requise avant d'octroyer un permis d'exercice, que cette compétence est maintenue en cours d'exercice et enfin, prendre les mesures disciplinaires qui s'imposent lorsqu'un professionnel déroge aux normes déontologiques établies" (Id: 10).

Quatre types différents de "Boards" pourvoient au contrôle de la profession de sage-femme (1). Il s'agit des "Boards of Health" (2), des "Boards of Nursing", des "Boards of Medicine" et des "Joint Boards of Nursing and Medicine". De façon générale, ce sont les "Boards of Health" qui contrôlent celles qui exercent sous le titre professionnel de sages-femmes. Quant aux infirmières-sages-femmes, elles doivent répondre, suivant les états, aux exigences tantôt du "Board of Health", tantôt du "Board of Nursing" ou encore du "Board of Medicine". De façon quasi proportionnelle, les états ont confié le contrôle à l'un de ces trois organismes. Finalement, les infirmières assumant des responsabilités de sages-femmes sont toutes contrôlées, exception faite du Connecticut, par un "Board of Nursing".

Deux états présentent des particularités par rapport à ce tableau d'ensemble. Il importe de les souligner. Ce sont la Californie et les Îles Vierges. Tous deux se particularisent en effet par l'attention qu'ils ont accordée à la présence de sages-femmes sur les organismes responsables du contrôle de ces professionnelles. Ainsi, la loi Californienne relative aux infirmières-sages-femmes stipule qu'on doit définir les règlements régissant la profession par le biais d'un comité sur lesquels doivent siéger, nécessairement bien que non exclusivement, des représentantes de la profession.

---

1. Voir le tableau 7, page 121.

2. Nous avons regroupé sous le titre "Board of Health" les organismes suivants: State Board of Health, Commission on License to Practice the Healing Act, Department of Business Regulation (et) Division of Professionnal Licensing.

Aux Îles Vierges, c'est à un "Board of Nurse Midwife Examiners" que la loi confie le contrôle professionnel des infirmières-sages-femmes.

On peut conclure, au terme de ce qui précède, que la profession de sage-femme est bien implantée aux États-Unis. Elle possède, dans une majorité d'états, des assises officielles. Sa légitimité, au plan légal, y est établie et son exercice, bien contrôlé. Il demeure toutefois des zones grises. Dans plusieurs états, l'intention du législateur ne s'exprime pas toujours clairement. Ainsi, dans certains, la modification de la loi sur les infirmières visant à leur reconnaître un rôle étendu n'est prolongée par aucune réglementation encadrant l'exercice d'un tel rôle. Dans d'autres, l'intention du législateur demeure ambiguë, n'interdisant ni ne reconnaissant formellement les suivis de grossesses et d'accouchements normaux par des sages-femmes.

Ces hésitations se retrouvent au niveau de la pratique. En effet, là où des imprécisions et des ambiguités persistent, la pratique est beaucoup plus aléatoire. Sur la quinzaine d'états où la reconnaissance des sages-femmes ne s'est pas encore affirmée explicitement, elle demeure marginale, voire quasi inexistante et est le fait de quelques praticiennes seulement. Par contre, dans les états où on reconnaît, par des mécanismes officiels - législations, délivrance de permis et réglementation -, la profession de sage-femme, sinon en titre du moins par rapport aux responsabilités

assumées, la pratique est généralisée. On peut même établir que dans une quarantaine d'états les femmes peuvent bénéficier des services professionnels d'une sage-femme (1).

De l'expérience américaine, il se dégage divers constats intéressants pour notre propos. Le premier est qu'une profession, pour se développer, doit être légitimée officiellement. Aucune ambiguité ou imprécision ne doit subsister et des mécanismes de contrôle doivent également être institués.

Le second a trait aux assises légales autorisant le suivi de grossesses et d'accouchements normaux par d'autres professionnelles que les médecins. Elles peuvent être établies indépendamment de la loi médicale et suivant différentes modalités.

Au-delà de ces constatations, l'expérience américaine invite à une réflexion avant de pouvoir en tirer des lignes directrices. Si elle est limpide à plusieurs égards, elle l'est moins en ce qui concerne la relation entre la profession de sage-femme et celle d'infirmière. Ceci est un point majeur. Sommes-nous face à des professions distinctes? L'une est-elle un prérequis pour l'autre? Doit-on fusionner l'une et l'autre au sein d'un même groupe professionnel? La réponse apportée à ces questions aux États-Unis semble jouer présentement en faveur de la profession d'infirmière. Tel

---

1. Voir le tableau 7, page 121.

est du moins ce que suggèrent les données analysées ici. Cependant, il faut rappeler que ces données sont davantage fidèles aux développements qui ont eu cours jusqu'au milieu des années '70 qu'à ceux qui se sont manifestés depuis. En effet, ces dernières années, des mouvements significatifs se sont dessinés autour de l'affirmation de la profession de sage-femme indépendamment de tout autre groupe professionnel (1). A titre d'exemple, rappelons qu'un projet de formation de sages-femmes élaboré en Californie a été présenté pour approbation au gouvernement (2). Soulignons également la toute récente mise sur pied d'un tel programme dans l'état de Washington, au Seattle Midwifery School (3).

Ces nouvelles tendances indiquent que des enjeux importants pour l'avenir de la profession de sage-femme occuperont la scène professionnelle américaine. Assisterons-nous à une séparation entre le statut de sage-femme et celui d'infirmière? Pour l'instant, les

---

1. Dans un article récent, on indique une nette augmentation de la légalisation des sages-femmes. On signale également que l'American College of Nurse-Midwives s'interroge sur la possibilité qu'il s'implique au niveau de la formation, de la certification et de la délivrance de permis aux sages-femmes (Kreinberg, N., Mc Sweeney, M., An attitude survey of lay-midwives and nurse-midwives. Journal of Nurse-Midwifery, 1981, 26 (3): 43-50).

2. Mann, R., Curriculum for midwifery education, Journal of Nurse-Midwifery, 1979, 24 (2): 33-35.

3. Throne et Hanson, op. cit. Selon une étude réalisée dans le cadre d'un programme conjoint entre l'état de Washington et l'University of Washington's School of Public Health and Community Medicine et intitulée Midwifery outside of the nursing profession in the current debate in Washington, il existait, sur le territoire américain, à l'automne 1981, une dizaine de programmes de formation de "midwives" (Burst, H. V., Two roads - Which one? Journal of Nurse-Midwifery, 1981, 26 (5): 7-12).

tendances en cours soulèvent la question et posent le problème de l'autonomie professionnelle des sages-femmes, autonomie qui était reconnue antérieurement.

5.3.3 Europe

Les sages-femmes, en Europe, ont un passé important. Comment se présente leur situation aujourd'hui? Pour répondre à cette question, nous avons mis en relief, l'intention exprimée par rapport à la profession de sage-femme dans la législation ainsi que la façon dont elle se traduit dans les faits. En raison de la grande diversité et des caractéristiques particulières des législations européennes, il était difficile de procéder à une étude comparative minutieuse. À partir des paramètres qui ont guidé jusqu'ici notre analyse, nous avons donc dégagé les tendances générales de la situation européenne (1). Pour les illustrer, nous avons retenu trois pays - l'Angleterre, la Finlande (2) et la Hollande - qui campent les tangentes majeures autour desquelles oscille l'évolution de la profession de sage-femme en Europe.

---

1. Quatre sources documentaires principales ont été consultées pour dégager le statut professionnel des sages-femmes en Europe. Ce sont les suivantes: Organisation mondiale de la santé, Aperçu de législation sanitaire comparée, (sages-femmes) 1954; Ibid, Recueil international de législation sanitaire, 1975-1980; IBID (World Health Organization), Legislation concerning Nursing midwifery sciences and education, 1981.

2. Il s'agit des deux pays traités au cours de la mission européenne (Courchesne, Gagnon et Michon, (op. cit.).

L'intention du législateur relativement à cette profession est très explicite. Elle en reconnaît l'existence dans la plupart des pays européens traduisant ainsi une tradition ancestrale en vertu de laquelle les femmes étaient assistées, au moment de leur accouchement par une sage-femme. Contrairement à ce qu'on a pu observer sur le continent américain, cette tradition s'est maintenue vivante jusqu'à ce jour. L'évolution intervenue autour du phénomène de la maternité a certes contribué à en redéfinir certains aspects. Toutefois, la légitimité de la sage-femme n'a pas, pour autant, été niée.

A l'origine, considérée comme une profession médicale, la profession de sage-femme est de plus en plus considérée, dans l'ensemble des législations européennes, comme une profession para-médicale disposant généralement d'une législation qui lui soit propre. Toutefois, quelques exceptions subsistent, dont la France (1). Bien qu'une loi spécifique y reconnaisse formellement les sages-femmes, ces dernières sont néanmoins considérées, au sens de la loi, comme du personnel médical.

Explicites quant à la reconnaissance formelle des sages-femmes, les législations européennes le sont également quant à la définition de la profession et aux responsabilités qui lui sont attribuées. Il s'agit là d'une caractéristique que les législations ont maintenue jusque dans les révisions récentes. Malgré

---

1. Code la santé publique, articles 473-483. Chapitre 4.

celles-ci, la définition de la profession de sage-femme a assez peu changé. Elle se structure autour du suivi pré et postnatal des grossesses et des accouchements normaux. Les définitions sont généralement suivies d'une liste détaillée des activités que les sages-femmes sont autorisées ou non à faire. Assez comparables dans la reconnaissance formelle de la profession, les législations européennes offrent, au chapitre des activités, une diversité beaucoup plus grande.

On note également des différences dans les exigences que fixent les législations pour autoriser une personne à assumer le suivi de grossesses et d'accouchements normaux. Une étude des titres professionnels décernés nous permet d'affirmer que la législation européenne reconnaît trois catégories de "sages-femmes" assez comparables, tout compte fait, aux trois groupes de professionnelles identifiées aux États-Unis. On retrouve donc sur le continent européen des sages-femmes, des infirmières-sages-femmes et des infirmières. Toutes sont formellement habilitées à assumer des responsabilités reliées à la maternité et ont reçu, à cet effet, une formation spécifique.

Des vingt-quatre pays dont l'Organisation mondiale de la santé a analysé la législation (1), la majorité a opté pour des lois exigeant seulement d'avoir suivi une formation reconnue de sage-femme. Seulement six d'entre eux réservent l'accès à cette formation aux

---

1. 1981, op. cit.

seules infirmières (1) alors que l'un d'eux - l'Angleterre - offre les deux choix. Finalement, en Finlande (2) et au Portugal, la formation de sages-femmes est réservée à des infirmières spécialisées.

Outre qu'elle définit les exigences donnant accès à la pratique de sage-femme, la législation européenne en précise également les modalités de contrôle. A ce chapitre, la situation est comparable à celle des États-Unis. Nul ne peut pratiquer sans l'obtention préalable d'un permis. La loi en fixe les conditions d'obtention et une autorité locale est habituellement responsable de la délivrance du permis. Dans certains cas toutefois, comme en Angleterre, celle-ci relève d'un organisme professionnel, en l'occurrence le "Central Midwives' Board".

Un ensemble de règlements est également formulé. Il vient préciser les conditions dans lesquelles la profession doit s'exercer. L'origine de cette réglementation est tantôt légale, tantôt administrative. Elle peut également être complétée par des codes détaillés de déontologie. C'est notamment le cas en France et en Angleterre.

Bien encadrée au plan légal, la profession de sage-femme est également bien structurée au niveau de la pratique. Non seulement

---

1. Ce sont les pays suivants: Irlande, Luxembourg, Malte, Norvège, Espagne et Suède.

2. La Finlande n'apparaît pas dans la liste des pays dont l'Organisation Mondiale de la santé a analysé la législation.

retrouve-t-on ces professionnelles en exercice dans la plupart des pays européens, mais elles y occupent, dans le domaine de la maternité, une place prédominante. Par exemple, on estime qu'en Angleterre, dans soixante-quinze pour cent des accouchements, la sage-femme est, du personnel présent, la personne qui assume la responsabilité la plus large (1).

Si la place qu'occupent les sages-femmes européennes peut faire l'envie de plusieurs de leurs homologues nord-américaines, il n'en demeure pas moins que leur profession a dû faire face, au cours des dernières décennies, à des changements importants découlant de la baisse du taux de natalité, de l'augmentation du pourcentage des accouchements faits dans les hôpitaux et de la médicalisation des accouchements. Ils ont eu un impact considérable sur la profession des sages-femmes en Europe. S'ils n'ont pu entraîner sa disparition, comme ce fut le cas en plusieurs endroits sur le continent nord-américain, ils ont par ailleurs obligé à une adaptation importante. Graduellement, les sages-femmes ont été intégrées dans l'équipe de soins des hôpitaux. Pratiquant jusqu'alors de façon autonome et indépendante, elles ont dû redéfinir les balises de leur champ professionnel, se situant tant par rapport aux médecins que par rapport aux infirmières.

---

1. Willett, M. K., Midwifery in seven European countries, Journal of Nurse-Midwifery, 1981, 26 (4): 28-33.

Elles ont dû également apprendre à travailler en institution alors que leur port d'attache était antérieurement la communauté. Finalement, en tant que professionnelles, les sages-femmes ont eu à se situer par rapport à la médicalisation croissante de la grossesse et de l'accouchement.

Ces changements n'ont pas eu partout les mêmes conséquences. En certains endroits, l'adaptation s'est réalisée de façon harmonieuse, c'est-à-dire dans le respect des responsabilités et compétences légalement reconnues aux sages-femmes. Ailleurs, elle a entraîné un rétrécissement de l'autonomie professionnelle, une perte de responsabilités et un morcellement de la pratique. Évidemment, il s'agit de pôles entre lesquels est apparue une série d'adaptations intermédiaires. Trois pays illustrent bien les principales tangentes de ces adaptations. Il s'agit de la Finlande, de l'Angleterre et de la Hollande. Nous y ferons brièvement écho.

La Finlande est le pays où la profession de sage-femme n'a pas survécu en tant que profession autonome. Jadis responsable de l'ensemble du processus de la maternité, la sage-femme finlandaise a perdu son titre professionnel et une partie importante de ses responsabilités. En effet, de récentes modifications légales (1) ont regroupé sous un même cadre réglementaire les infirmières en santé publique et les sages-femmes, faisant de ces dernières des

---

1. Voir Courchesne, Gagnon et Michon (op. cit.) pour plus d'informations sur ces modifications et sur les conditions générales de pratique.

infirmières spécialisées en obstétrique. Leur champ d'exercice reconnu se limite aux accouchements (1). Quant au suivi pré et postnatal, il relève désormais de la compétence des infirmières en santé publique.

En Angleterre, bien qu'une refonte de la loi ait fusionné divers groupes d'infirmières avec les sages-femmes, ces dernières n'ont pas perdu pour autant leur titre spécifique. De même, leurs responsabilités n'ont pas diminué. À cet égard, les conséquences sont moins dramatiques, pour l'avenir de la profession, qu'elles ne le sont en Finlande. Néanmoins, on a observé, au niveau de la pratique, une tendance à la spécialisation et au morcellement des tâches (2). En effet, dans plusieurs milieux, les sages-femmes sont assignées à des tâches spécifiques à un seul des trois moments du processus de maternité. Dans de telles conditions, la continuité des soins n'est pas assurée comme auparavant.

La Hollande représente le pays où l'intégration des sages-femmes dans le réseau hospitalier et au sein de l'équipe de soins s'est faite dans le respect de la profession. Entre le médecin et la sage-femme, une relation de collaboration s'est développée.

---

1. Selon Willett (op. cit.) un tel rétrécissement de la pratique serait également apparu en Allemagne de l'Ouest, en Australie et en Suisse.

2. Voir Courchesne, Gagnon et Michon (op. cit.) pour plus de détails.

La sage-femme a pu ainsi maintenir son entière autonomie, assumant totalement la responsabilité des grossesses et accouchements normaux (1).

À la lumière de ces trois cas, force est de constater que, reconnue comme une profession spécifique et ayant un statut solidement implanté dans les moeurs sociales et professionnelles, la sage-femme en Europe possédait très certainement les acquis nécessaires pour faire face aux changements majeurs qui ont bouleversé l'organisation des soins de santé, particulièrement ceux relatifs à la maternité. Les enjeux auxquels elle a dû faire face appelèrent néanmoins des redéfinitions fondamentales. Aujourd'hui, elle est considérée comme une professionnelle du domaine para-médical plutôt que médical, de telle sorte que les redéfinitions se sont articulées autour du nursing et que les solutions retenues ont eu des impacts divers tantôt sur la définition même de la profession, tantôt sur l'étendue de la pratique.

Ces redéfinitions ont engendré des discussions autour de la profession de sages-femmes. Si elles ont permis d'établir un large consensus autour de la reconnaissance nécessaire de celle-ci, elles laissent encore place à beaucoup de discussions sur la pertinence

---

1. On trouvera dans Willett (op. cit.) une description plus détaillée de la façon dont les sages-femmes hollandaises ont fait face aux changements évoqués ici. Selon cette auteure - elle a analysé sept pays européens - la Suède et le Danemark comptent également parmi ceux où l'évolution affectant la profession de sage-femme s'est soldée positivement.

d'un rapprochement organisationnel ou d'une fusion des professsions de sage-femme et d'infirmière. Même si le léyislateur, on l'a vu, n'est pas demeuré sourd à toutes ces discussions et a opté, à plusieurs occasions, pour une fusion des lois comme des groupes professionnels spécifiques à l'une et l'autre, tout indique, selon notre analyse, qu'une tendance inverse apparaît maintenant. Tel est du moins le sens que l'on peut donner, à l'émergence, en Europe, de groupes de pression qui comme aux États-Unis, cherchent à assurer aux sages-femmes un exercice professionnel autonome et responsable.

5.4 Les leçons de l'expérience

La profession de sages-femmes est à une croisée de chemin importante pour son évolution. C'est du moins ce qui ressort de l'étude de la situation américaine et européenne. Dans ce tableau où les sages-femmes sont reconnues comme des ressources professionnelles nécessaires, le Canada fait évidemment figure d'exception. Non seulement apparaissent-elles dans les textes de loi des provinces, à l'exception de Terre-Neuve, comme des ressources de type médical, mais de plus il s'agit ici de professionnelles sans véritable droit de pratique.

Présentement des tendances lourdes de conséquences se profilent pour la profession. Elles auront un impact sur la clientèle auprès de laquelle les sages-femmes représentent une alternative non

médicale à la grossesse et à l'accouchement. Des enjeux importants, il faut bien le reconnaître, sont donc sous-jacents à tout le débat qui a entouré la question des sages-femmes ces dernières années, tant en Europe qu'en Amérique. De l'examen des situations, il faut faire une lecture juste; de l'analyse, il faut tirer les conclusions pertinentes. Rien ne sert en effet de retenir pour le Québec des solutions mal reçues ailleurs. C'est à cet examen qu'est consacrée cette partie.

De l'analyse comparative esquissée ici, trois enseignements majeurs ressortent. Le premier, comme il se doit, a trait à la nécessité d'un encadrement légal et réglementaire explicite. En effet, que ce soit au Canada ou aux États-Unis, il appert que les silences ou les ambiguités dans les textes de loi se traduisent, à toutes fins pratiques, par une absence d'exercice professionnel. Dans le doute, on s'abstient serait-on tenté de dire. Conséquemment, une véritable reconnaissance des sages-femmes doit être entérinée par une loi. La volonté du législateur doit même être affirmative. En effet, une approche permissive ne semble pas adéquate.

Poser la nécessité d'une loi n'en précise pas pour autant le type. Dans le contexte québécois, pour ce faire, trois solutions sont théoriquement possibles pour asseoir la reconnaissance légale des sages-femmes. On peut procéder en maintenant les dispositions pertinentes à l'intérieur de la loi médicale, en modifiant la loi des infirmiers et infirmières, ou, encore, en promulguant une loi des sages-femmes.

L'enseignement qu'on peut tirer ici de notre analyse nous invite à privilégier la dernière possibilité. En effet, la promulgation d'une loi des sages-femmes permettrait de reconnaître, sans aucune forme d'ambiguïté, que la profession de sage-femme est une profession en soi. Elle permettrait également d'éviter une solution qui est de moins en moins retenue tant en Europe qu'aux États-Unis et qui consiste à subordonner cette profession au contrôle du corps médical en établissant les fondements juridiques à partir de dispositions contenues dans la Loi médicale. Dans le même ordre d'idée, elle écarterait une solution qui, aux États-Unis et en Europe, a eu pour effet, d'une part, de définir la profession de sage-femme comme totalement assimilable à une dimension ou une spécialisation du rôle de l'infirmière et, d'autre part, comme on l'a vu en Finlande, d'avoir un impact sur le morcellement des responsabilités habituellement assumées par une sage-femme.

Dans l'intérêt de la protection du public, reconnaître une profession clarifie mieux les rôles et les responsabilités. Une telle reconnaissance implique aussi qu'on en définisse les modes de contrôle. C'est à ce chapitre que loge le troisième enseignement qu'on peut tirer de notre analyse comparative.

Il est possible, au Québec, d'assurer la protection du public par la création de corporations professionnelles. Le comité s'est donc interrogé sur la pertinence de retenir un tel mode de contrôle dans le cas des sages-femmes. Dans cet ordre d'idée, il a examiné les

facteurs identifiés dans le Code des professions (1) permettant de déterminer si une Corporation professionnelle doit être ou non instituée.

Au terme de cet examen, il appert que la profession de sage-femme pourrait justifier la création d'une corporation professionnelle. Toutefois, une corporation doit, selon une étude de l'Office des professions (2), posséder des ressources financières importantes et un nombre relativement élevé de membres pour assurer son fonctionnement maximum. En effet, les obligations tant administratives que réglementaires faites aux corporations par le Code des

---

1. Code des professions, article 25 (L.R.Q., chapitre C-26). Les facteurs sont les suivants:
   1- les connaissances requises pour exercer les activités des personnes qui seraient régies par la corporation dont la constitution est proposée;

   2- le degré "d'autonomie" dont jouissent les personnes qui seraient membres de la corporation dans l'exercice des activités dont il s'agit, et la difficulté de porter un jugement sur ces activités pour des gens ne possédant pas une formation et une qualification de même nature;

   3- le caractère personnel des rapports entre ces personnes et les gens recourant à leurs services, en raison de la confiance particulière que ces derniers sont appelés à leur témoigner, par le fait notamment qu'elles leur dispensent des soins ou qu'elles administrent leurs biens;

   4- la gravité du préjudice ou des dommages qui pourraient être subis par les gens recourant aux services de ces personnes par suite du fait que leur compétence ou leur intégrité ne seraient pas contrôlées par la corporation;

   5- le caractère confidentiel des renseignements que ces personnes sont appelées à connaître dans l'exercice de leur profession.

2. Office des professions du Québec, L'évolution du professionnalisme, Québec, septembre 1976.

professions (1) commandent un soutien administratif et, par conséquent, des ressources financières provenant d'un nombre élevé de membres.

De même, dans une perspective de moyen terme, le nombre de sages-femmes susceptibles d'exercer demeure, selon nos hypothèses, relativement peu élevé. Il peut osciller entre cinquante et deux cent cinquante. Même si certaines corporations professionnelles ont déjà été constituées pour des groupes aussi peu nombreux, il ne nous semble pas pertinent, en raison des coûts afférents, d'en suggérer la constitution.

On aurait donc avantage, compte tenu des contraintes imposées par la création de corporations professionnelles, d'envisager des solutions plus légères. À cet égard, les "Boards" américains s'avèrent une modalité intéressante.

Ils permettent que le contrôle de la profession soit fait par les personnes qui l'exercent alors que le support administratif est donné par des fonctionnaires de l'état (2). De l'avis du comité,

---

1. Ces obligations sont les suivantes: a) constitution de comités (le bureau, le comité administratif (dans certains cas), le comité de discipline, d'inspection professionnelle, ...; b) adoption de règlements obligatoires (déontologie, arbitrage de compte, fonds d'indemnisations (dans certains cas), inspection professionnelle, conservation de dossiers, publicité, quorum) (art. 87 à 93 du Code); c) adoption de règlements facultatifs (voir article 94 du Code).

2. Pour une présentation plus détaillée de ces "Boards", on consultera le Rapport de mission d'information aux États-Unis, Office des professions du Québec, op. cit.

la loi autorisant les sages-femmes à pratiquer devrait prévoir la constitution d'un comité semblable formé en majorité de sages-femmes, dont les membres seraient nommés par le ministre reponsable de l'application de la loi. Elle devrait déterminer le rôle de ce comité relativement à la réglementation, l'adoption d'un code de déontologie, les conditions d'admission à la pratique, la délivrance de permis etc. De plus, elle devrait prévoir que le soutien administratif soit fourni par des fonctionnaires de l'État.

Disposant d'une base légale qui soit spécifique à la profession et qui la reconnaisse comme profession distincte à la fois de la médecine et du nursing, contrôlée par un organisme relativement léger comparativement aux actuelles corporations professionnelles, tels sont, de l'avis du comité, les éléments clés du statut professionnel à reconnaître aux sages-femmes.

5.5 Conclusion

Les données analysées dans ce chapitre ont permis de constater la vétusté de la législation québécoise ayant trait aux sages-femmes et de tirer des enseignements à partir de l'évolution de la profession dans les contextes américains et européens. Sur cette base, le comité a dégagé la nécessité que le statut professionnel de la

nouvelle génération de sages-femmes québécoises soit défini dans une loi spécifique. Celle-ci devrait exclure l'exercice de la profession de sage-femme de la loi médicale. Elle devrait également consacrer le partage du droit exclusif de pratiquer l'obstétrique entre les médecins et les sages-femmes dans les cas de grossesses et d'accouchements normaux. Elle devrait finalement prévoir la création d'un mécanisme léger de contrôle de la profession sur le modèle des "Boards" américains.

TROISIÈME PARTIE

LA FORMATION DES SAGES-FEMMES

Présentation

La philosophie, les responsabilités et les tâches que nous avons définies dans la seconde partie de ce travail conduisent à la définition d'une professionnelle autonome, responsable, sachant offrir à la clientèle des services spécialisés de qualité.

Les principes directeurs dont le comité s'est inspiré tout au long de son travail cernent les modalités d'exercice de la profession de la sage-femme. Tout en assurant la qualité et la sécurité des soins, cette dernière travaillera dans une perspective d'humanisation et de démédicalisation de la maternité. Elle assumera la continuité des soins et sa présence à l'intérieur des Centres locaux de services communautaires va contribuer à rendre accessibles et disponibles les soins et les services d'information, d'enseignement et de support.

Nous devons maintenant envisager la question du niveau de formation à privilégier pour le développement des compétences requises à l'exercice de la profession de sage-femme. C'est l'objet du premier des deux chapitres qui composent cette partie. On y explique la raison du choix du niveau universitaire. Le deuxième chapitre traite principalement de la situation du programme de formation à l'intérieur de la structure universitaire et des facteurs devant servir à la détermination de ce choix.

Il importe cependant de prévenir les lectrices et les lecteurs des limites de cette troisième partie du rapport. L'autonomie des universités,

leurs responsabilités dans l'élaboration des programmes et la diversité des structures de chacune des institutions ne nous permettent pas de définir de façon opérationnelle les modalités d'organisation de nos propositions. Chaque université dispose de ses propres critères d'élaboration de programme et présente un bassin de ressources diversifiées. Il appartient donc à celle qui le souhaitera d'élaborer une proposition de programmes et de proposer un lieu d'intégration.

CHAPITRE 6

Le niveau de formation

6.1 Présentation

L'importance de la responsabilité professionnelle de la sage-femme, son exercice autonome, les compétences sous-jacentes aux fonctions qu'elle exerce nous ont amené à conclure rapidement que sa formation devait nécessairement se situer au delà des études post-obligatoires.

Ce postulat étant établi, il nous fallait examiner lequel des niveaux collégial ou universitaire permettrait le plus adéquatement d'atteindre les objectifs de la formation souhaitée. Pour ce faire, nous avons étudié le champ des compétences requises, l'expérience clinique nécessaire et la situation qui prévaut ailleurs au Canada et dans les autres pays. Le présent chapitre rend compte de notre démarche et vient supporter le choix du niveau universitaire fait par le comité.

6.2 Les compétences requises

Pour identifier les compétences requises à l'exercice de la profession de sage-femme, nous devons nous référer aux sept domaines d'activités précédemment identifiés (1).

Chacun de ces domaines requiert des connaissances, des habiletés et des attitudes spécifiques. L'ensemble ainsi constitué structure un corpus de compétences qui doit s'exercer dans le respect de la philosophie définie pour la profession.

L'analyse de la documentation existante permet l'identification des compétences qui serviront à l'élaboration du programme de formation (2). Nous avons choisi de les regrouper en trois catégories (connaissances, habiletés et attitudes) plutôt que de les présenter pour chacun des domaines d'activités. La complémentarité de ces compétences a justifié ce choix. Il va de soi qu'au moment de l'élaboration d'un programme, elles devront être reprises et spécifiées en fonction des tâches. Soulignons également que la liste

---

1. Ce sont les suivants: 1) Accueillir, informer et éduquer. 2) Observer, recueillir les données et évaluer. 3) Planifier différents programmes d'intervention. 4) Accompagner et accorder un support psychologique. 5) Soigner et traiter. 6) Enseigner, participer à des activités de recherche et de promotion de la profession. 7) Participer à la gestion des ressources humaines et matérielles.

2. Nous nous sommes inspirées principalement de deux sources: 1) American College of Nurse Midwives, Core competencies in nurses-midwifery: expected outcomes of nurse-midwifery education, Journal of Nurse Midwifery, 1979, 24 (1): 32-36. 2) Registered Nurses Association of British Columbia, op. cit.

présentée n'est pas exhaustive mais que les éléments qui y apparaissent doivent nécessairement être intégrés à un programme de formation.

6.2.1 Les connaissances

Une sage-femme, pour être reconnue, devrait avoir une connaissance de divers champs. Ils se regroupent autour des trois phases de la maternité - les phases prénatale, natale et postnatale -, des communications, de la gestion et de la législation. Nous les présenterons successivement.

Phase prénatale

- L'anatomie et la physiologie du système reproducteur avant et pendant la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale.
- Les changements apportés aux autres systèmes pendant la période prénatale, natale et néonatale.
- L'effet des habitudes de vie, de la dynamique familiale et sociale, des conditions de travail sur la grossesse.
- Les signes et symptômes de grossesse.
- Les paramètres et les méthodes d'évaluation du déroulement normal de la grossesse et de l'accouchement.
- La génétique, l'embryologie, le développement foetal et placentaire.
- Les valeurs normales des examens de laboratoire.

- Les besoins nutritionnels de la mère pendant la grossesse.
- La préparation physique à la grossesse et à l'accouchement.
- Les malaises communs à la grossesse et les interventions appropriées.
- Les réponses psychologiques à l'état de grossesse.
- Les changements sexuels qui surviennent pendant la grossesse et après l'accouchement.
- Les effets de l'utilisation de certains médicaments pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement tant chez la mère que chez l'enfant.

Phase natale

- Les indicateurs de difficultés et de complications de la grossesse et de l'accouchement.
- Le processus du travail et de l'accouchement.
- La réponse émotive au travail et à l'accouchement.
- L'anatomie, la physiologie du nouveau-né et les indicateurs d'une adaptation normale à la vie extra-utérine.

Phase postnatale

- L'alimentation de l'enfant, la suppression de la lactation ou le support à l'alimentation maternelle.
- L'adaptation de la famille à la présence de l'enfant.
- La contraception: méthodes, effets, avantages et inconvénients, contre-indications.

Communications

- Les principes de la communication et de la relation d'aide.
- Les principes et méthodes d'enseignement et d'apprentissage.
- Les ressources communautaires.
- Le rôle de chacun des membres de l'équipe multidisciplinaire.

Gestion et législation

- La gestion de documents, de dossiers.
- La gestion de services.
- L'évolution de sa profession.
- La législation.

6.2.2 Les habiletés

Les connaissances de la sage-femme doivent se traduire en habiletés diverses. Nous les présentons ici selon les mêmes catégories que ci-haut.

Phase prénatale

- Examen physique de la mère.
- Évaluation de la condition physique et psychologique de la cliente, son bilan de santé.

- Diagnostic et évaluation du déroulement de la grossesse.
- Exécution des examens de laboratoire et interprétation des résultats.
- Identification de tout élément qui dévie de la normalité.
- Planification et animation de classes prénatales à l'intention de la mère et de la famille.
- Enseignement des techniques de relaxation, de respiration, etc.
- Adaptation des services aux particularités et aux besoins de la clientèle.

Phase natale

- Évaluation du déroulement du travail, de l'accouchement et de ses suites.
- Support et assistance pendant le travail et l'accouchement.
- Procédures relatives à l'anesthésie locale, à l'utilisation de forceps, à l'épisiotomie, à l'extraction placentaire, à la réparation d'épisiotomie et de déchirure.
- Application des mesures requises en situation d'urgence.

Phase postnatale

- Examen physique du nouveau-né.
- Évaluation de l'état du nouveau-né et de son adaptation à la vie extra-utérine.

Communications

- Enseignement et conseils à la mère et à la famille sur les aspects psycho-sociaux de la grossesse, de la venue de l'enfant et des soins qu'il requiert.

Gestion et législation

- Tenue de dossiers, gestion de documents.
- Entretien du matériel et inventaire.
- Méthodes de recherche.
- Travail en équipe.

6.2.3 Les attitudes

Les connaissances et habiletés doivent s'actualiser dans des attitudes particulières sans lesquelles les sages-femmes ne sauraient réaliser un travail conforme à la philosophie particulière de leur profession. De façon générale, ces attitudes sont les suivantes:

- Compréhension du rôle et des responsabilités de la sage-femme.
- Promotion de la vision humaniste et normale de la grossesse et de l'accouchement.
- Confiance dans la capacité de la mère de prendre en charge sa maternité.

- Respect des droits, des valeurs et des croyances des clientes.
- Disponibilité physique et psychologique aux besoins des clientes.
- Conscience des limites de la sage-femme.
- Promptitude à transférer toute mère ou enfant dont l'état peut présenter certains risques.
- Esprit d'équipe dans l'exercice de son rôle à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire d'intervenants en santé.
- Intérêt dans le développement de sa profession.
- Compréhension de la nécessité de la mise à jour périodique de ses connaissances.

L'ensemble des compétences requises démontre que la sage-femme que nous désirons former devra posséder une solide formation scientifique et humaniste qui, cependant, ne saurait être complète sans une expérience clinique adéquate.

6.3 L'expérience clinique

Les compétences requises à l'exercice professionnel de la sage-femme commandent une formation clinique importante. On rejoint en cela les tendances observées ailleurs.

En effet, tous les programmes retracés dans la littérature décrivent les spécifications de cet enseignement clinique. En général, elles concernent tant les critères de sélection des milieux cliniques que l'aspect quantitatif des expériences à acquérir.

Les milieux recommandés pour la formation clinique de la sage-femme sont diversifiés. Cette dernière doit avoir l'occasion de prendre contact avec des institutions accréditées dans le soin des grossesses normales, des grossesses à risque et des soins aux nouveau-nés. Elle doit également acquérir de l'expérience dans des milieux véhiculant la philosophie de la profession. Elle pourra y développer les attitudes propres à l'approche de l'humanisation des soins. Finalement, elle doit pouvoir rencontrer les mères et les familles tant à domicile qu'à l'occasion des diverses activités qui entourent la grossesse - les classes prénatales par exemple - .

L'aspect quantitatif des expériences requises constitue également un élément important de la formation clinique. Aux États-Unis, et dans certains pays européens, on a même établi des exigences en termes d'expériences cliniques pour l'obtention de la certification. Elles varient évidemment d'un contexte à l'autre. Néanmoins, comme en témoignent les exemples suivants, elles présentent des similitudes évidentes.

Nouveau-Mexique (1)

Pour obtenir le droit de pratique, la sage-femme doit avoir complété, entre autres expériences:

- 100 visites prénatales (au moins 15 clientes différentes)
- 40 observations de travail (au moins 10 doivent être complétées avant qu'elle ne procède à son premier accouchement)
- 20 accouchements
- 30 examens de nouveau-nés
- 30 visites post-partum (dans les 36 heures suivant l'accouchement)
- observation d'une série complète de classes prénatales
- observation d'une série complète de conférences de la ligue La Leche (alimentation maternelle)
- stages dans un département de pédiatrie, dans un département d'obstétrique et dans une unité de grossesses à risque (la durée de ces stages n'est pas précisée).

Californie (2)

Le syllabus du programme de formation pour infirmière-sage-femme du LAC/USC Medical Center spécifie les exigences relatives à

---

1. New Mexico, Health and Environment Department, Health Services Division, Regulations governing the practice of lay midwifery. New Mexico, Santa Fe.

2. LAC/USC Medical Center. Nurse Midwifery education program. Syllabus. Janvier 1982.

l'expérience clinique requise à l'obtention de la certification. Parmi celles-ci on trouve:

- 15 visites de nouvelles clientes
- 70 visites prénatales
- 40 visites post-partum à l'hôpital
- 20 suivis pendant le travail et l'accouchement
- 20 accouchements
- 20 examens de nouveau-nés.

Europe (1)

Le Conseil des communautés européennes dans sa directive de 1980 touchant les programmes de formation de sages-femmes quantifie ainsi l'expérience nécessaire:

- 100 examens prénatals
- supervision et soins à 40 femmes enceintes
- 40 accouchements
- assistance à un ou deux accouchements avec présentation de siège
- expérience de la pratique de l'épisiotomie et de sa suture
- supervision et soins de 40 clientes présentant une grossesse à risque
- 100 examens postnatals et de nouveau-nés en santé

---

1. European Communities. Council decision of 21 January 1980 Setting up an advisory Committee on the training of Midwives. Official Journal of the European Communities, 1980, 23 (feb).

- supervision et soins de mères et de nouveau-nés incluant des nouveau-nés prématurés, nés après terme et des nouveau-nés malades
- soins de cas pathologiques dans les champs de la gynécologie et de l'obstétrique.

Tout autant que les compétences, l'expérience clinique est une dimension essentielle et importante de tout programme de formation de sages-femmes. En fait, la description des compétences théoriques et cliniques permet de cerner les aspects majeurs d'un tel programme. En raison des exigences que sous-tendent ces compétences, elles orientent le choix d'un niveau de formation. Avant de s'arrêter sur un tel choix, le comité a voulu considérer les décisions prises à cet effet ailleurs au Canada et dans d'autres pays.

6.4 La situation à l'extérieur du Québec

Quel est le niveau généralement retenu pour la formation des sages-femmes ailleurs? Pour répondre à cette question, nous avons consulté la littérature pertinente et étudié les données recueillies lors des missions effectuées en Californie (1), en Angleterre et en Finlande (2).

---

1. Boilard, Gagnon et Séguin, op. cit.
2. Courchesne, Gagnon et Michon, op. cit.

6.4.1 Au Canada

Au sens strict, seule la province de Terre-Neuve offre un programme de formation de sages-femmes (1). Il est offert, au niveau universitaire, au Memorial University School of Nursing de Halifax, aux infirmières ayant au moins un an d'expérience de travail. Sa durée est de dix mois dont six sont consacrés à la formation clinique. Il prépare les candidates à aller travailler dans les régions isolées.

Deux autres provinces offrent un programme de formation dont le contenu présente beaucoup d'analogie avec celui habituellement réservé aux sages-femmes (2). Il s'agit de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse. Dans cette dernière, l'Université de Dalhousie offre, depuis 1967, un programme qui habilite les candidates à offrir des services tout au cours du cycle de la maternité. Le Outpost and Public Health Nursing, telle est son identification, est en effet offert à celles qui iront travailler dans les régions isolées. Il dure quinze mois, incluant un stage de vingt-huit semaines dans le Nord.

Le second programme est offert à l'Université d'Alberta. Également destiné à préparer des candidates pour travailler en régions,

---

1. Memorial University of New Foundland, School of Nursing. Calendar 1982-1983. St John's, New Foundland.

2. Voir Hurlburt, op. cit.

l'Advanced Practical Obstetrics Course for District Nurses a été reconnue par le Central Midwives Board d'Angleterre et d'Écosse. Les candidates qui y sont formées sont réputées détenir une qualification équivalente à celle requise au niveau du premier certificat offert par le "Board". Une formation additionnelle de six mois en Angleterre ou en Écosse leur permettrait d'obtenir le titre de "certified midwife".

6.4.2 Aux États-Unis

Plus reconnue qu'au Canada, la profession de sage-femme aux États-Unis est également mieux structurée au niveau de la formation. Les programmes y sont très variés selon les états, les clientèles inscrites diversifiées et les certifications académiques auxquels ils donnent accès diffèrent également. Ainsi certains états reconnaissent, par des mécanismes officiels, la formation autodidacte que se sont données les sages-femmes (1). D'autres offrent un programme de base accessible à une large clientèle. Certains états, par ailleurs, restreignent l'accès au programme aux seules candidates ayant déjà une formation comme infirmières. Enfin, les diverses institutions offrent une diversité de programmes: de base, de mise à jour et de perfectionnement.

---

1. New Mexico, Health and Environment Department, op. cit.

En ce qui concerne le niveau de formation, le seul tableau d'ensemble que nous avons pu retracer concerne la situation des écoles accréditées par l'American College of Nurse-Midwives.

En juin 1981, l'A.C.N.M. avait accrédité vingt-cinq écoles de formation à travers les États-Unis (1). Dix-neuf de ces vingt-cinq écoles sont clairement identifiées comme étant des universités. Les six autres sont identifiées de façon suivante: un hôpital général, une maternité, une école de sages-femmes, un collège des Sciences de la Santé (School of Allied Health Professions), un collège médical (Medical College) et enfin, une école ouverte de façon exclusive aux infirmières des Forces Armées.

Trois programmes de formation différents sont offerts dans ces vingt-cinq écoles: un certificat, une maîtrise comme sage-femme et une maîtrise à la fois comme infirmière et comme sage-femme. Le certificat est offert par onze institutions, la maîtrise comme sage-femme par treize et enfin la maîtrise combinée (infirmière et sage-femme) par une seule.

Quant à la situation qui prévaut dans les institutions ne requérant aucun prérequis comme infirmière, elle est très difficile à camper. Il n'y a en effet aucune association comparable à l'A.C.N.M. qui en trace un portrait d'ensemble. Néanmoins, on peut

---

1. American College of Nurse-Midwives. What is a nurse midwife? Washington, 1981.

avancer qu'il existe actuellement une dizaine d'institutions offrant un programme de formation de sages-femmes sans requérir des candidates qu'elles soient préalablement infirmières. La dernière à ouvrir ses portes est le Seattle Midwifery School à Washington.

6.4.3 En Europe

Si la situation est complexe au regard de la formation aux États-Unis, elle l'est bien davantage en Europe. En effet, les structures scolaires sont différentes d'un pays à l'autre, les niveaux de formation varient à l'intérieur même de certains pays ainsi que les exigences d'admission à l'étude de la profession.

S'il est difficile, pour les raisons évoquées précédemment, d'établir le niveau auquel se situe, dans l'ensemble des pays européens, la formation de sages-femmes, l'âge d'admission et la durée de la formation fournissent néanmoins des indicateurs intéressants. Il appert, comme en témoigne le tableau 8 (1), que l'accès au programme intervient à l'âge auquel on accède généralement ici à l'université. Quant à la durée du programme, elle s'établit en moyenne à trois ans.

---

1. Voir page 169.

TABLEAU 8

Quelques caractéristiques des conditions de formation des sages-femmes dans les pays européens (1)

Pays	Âge d'admission	Durée de la formation
Angleterre	17	3 ans (2)
Autriche	17	2 ans (2)
Belgique	18	3 ans (2)
Danemark	20	3 ans (2)
France	18	3 ans (2)
R.D.A.		3 ans (2)
R.F.A.	18	2 ans (2)
Italie	18	2 ans
Hollande	21	3 ans
Norvège	22	1 an (3)
Pologne		2 1/2 ans
Suède		1 an (3)
Suisse	20	2 ans

1. Ces données sont tirées de: Organisation mondiale de la santé, 1981, op. cit.

2. Dans tous ces cas, la durée de la formation est réduite selon la préparation antérieure de l'étudiante en particulier lorsqu'elle a un diplôme d'infirmière. Toutefois, la réduction allouée varie d'un pays à l'autre. Dans certains pays, on offre deux programmes théoriques différents, selon que la candidate est infirmière ou non.

3. La formation infirmière est prérequise.

La formation de sage-femme est structurée autour de trois types de programme en Europe (1) comparativement aux deux notés aux États-Unis. Ce sont les suivants:

1. Un programme spécifique à la formation de la sage-femme
2. Un programme ayant comme prérequis un diplôme d'infirmière
3. Un programme où les deux premières années s'adressent à la fois à l'infirmière et à la sage-femme et la dernière année en est une de formation spécifique à la sage-femme.

Au programme de base ainsi défini, s'ajoutent dans plusieurs pays des programmes de perfectionnement donnant accès, par exemple, à la fonction d'enseignante ou de gestionnaire.

De façon générale, on peut dire que les pays européens ont actuellement tendance, dans les modifications récentes apportées à la formation, à hausser le niveau des exigences préalables à l'admission. On reconnaîtrait ainsi le degré de responsabilité inhérent à la profession de sage-femme et l'autonomie professionnelle requise pour s'en acquitter (2). Le groupe de travail de l'Organisation mondiale de la santé a manifesté son accord relativement à cette

---

1. Organisation mondiale de la santé, 1981, op. cit.

2. On recueille ainsi l'assentiment d'un très grand nombre de sages-femmes. Voir Golden, J., Midwifery Training: The views of newly qualified midwives, Midwives Chronicle and Nursing Notes, 1980 juin: 190-194.

tendance dans une des recommandations faisant suite à son étude de la situation (1).

Il ressort de ce qui précède que, sur le continent américain, la formation de sage-femme est logée au niveau universitaire. Sur le continent européen, le portrait d'ensemble, s'il se dessine moins nettement, indique par ailleurs une nette tendance à la prolonger dans ses modifications récentes et à l'offrir à un âge qui se situe, pour nous, à celui qui correspond à l'âge adulte.

6.5 Une proposition pour le Québec

Comme nous abordons avec un regard neuf la formation des sages-femmes en milieu québécois, nous croyons devoir retenir les enseignements des expériences tant nord-américaines qu'européennes. Le niveau de formation proposé devra permettre la réinstallation des sages-femmes dans les meilleures conditions possibles, tenir compte du développement actuel de la profession et permettre la reconnaissance internationale de celles qui seront formées au Québec. Ces exigences nous amènent à privilégier le niveau universitaire comme lieu de la formation de base.

---

1. Organisation mondiale de la santé, 1981, op. cit.

Ce choix se fonde sur plusieurs éléments qui tiennent à l'étudiante, au programme et au développement de la profession.

L'étudiante ayant complété le programme de formation de sage-femme devra pouvoir travailler de façon autonome et responsable compte tenu des enjeux inhérents à son exercice professionnel. Cette exigence demande en soi une grande maturité tant dans la compréhension de son engagement dans la profession, du respect de sa clientèle que dans les décisions qu'elle devra prendre. Cette maturité s'acquiert par la formation mais aussi par l'expérience de vie. Nous avons noté, dans les pays européens en particulier, que l'âge était une des conditions d'admission. Si nous faisons le parallèle avec notre système québécois, l'âge d'admission dans ces pays correspond généralement à celui de notre étudiante au début de sa formation universitaire. Les expériences d'autonomie, de vie de jeune adulte vécue par l'étudiante dans le milieu du cégep nous paraissent être un facteur très positif dans l'acquisition de la maturité nécessaire qui se traduit entre autres par la capacité de choisir une carrière.

Un autre élément milite en faveur de l'implantation de cet enseignement au niveau universitaire. Il tient à la nature même du programme qui doit être spécialisé, préparant à une fonction bien déterminée. Il comporte des exigences en terme de préparation académique tant dans le domaine des sciences biologiques que dans celui des sciences humaines. Cette préparation antérieure permettra à l'étudiante d'intégrer les connaissances et les habiletés qu'elle

acquerra dans une vision plus large du phénomène biologique, psychologique et social de la maternité.

Le contenu de la formation exige de plus que l'étudiante sage-femme ait accès à des institutions et centres spécialisés, qu'elle soit en contact avec les divers professionnels de la santé avec qui elle sera appelée à collaborer.

Ces exigences seront rencontrées dans le milieu universitaire. On peut même penser que l'implantation du programme à l'université comportera un investissement moindre qui si on choisissait de l'implanter au niveau collégial. Nous songeons aux laboratoires nécessaires, au corps professoral requis, au centre de documentation; une grande partie de ces ressources est déjà disponible dans le milieu universitaire (1).

Le développement d'une nouvelle profession porte également en soi des exigences. Dès le point de départ, il nous faut songer à former des sages-femmes à l'enseignement afin de favoriser la cristallisation de l'identité professionnelle. À moyen terme, il faudra aussi envisager la formation à la gestion et à la recherche de sorte que la profession s'affirme dans sa spécificité et se développe de façon autonome par l'apport de ses propres membres. Pour ce

---

1. Bien qu'on retrouve des ressources d'un même type au niveau collégial, elles n'y sont pas développées au même niveau de spécialisation. Ainsi, par exemple, si un cégep possède un fond documentaire en obstétrique, il n'atteindra pas le raffinement de celui qu'on retrouvera dans une bibliothèque universitaire spécialisée.

faire, ils devront maîtriser les habiletés et la méthodologie scientifique requises.

Le niveau universitaire apparaît donc, compte tenu de ce qui précède, comme celui qui est le plus adéquat pour y loger un programme de formation de sages-femmes. À la lumière des compétences requises pour assumer pleinement et de façon responsable cette profession, il appert que la formation de base devrait être offerte au niveau du premier cycle universitaire. Par opposition aux deuxième et troisième cycles davantage orientés vers des fonctions d'enseignement et de recherche, le premier cycle est celui qui permet d'acquérir les compétences tant théoriques que pratiques requises dans l'exercice d'une profession.

6.6 Conclusion

Comme nous abordons avec un regard neuf la formation des sages-femmes en milieu québécois, nous avons tenu compte des expériences tant nord-américaines qu'européennes. Ces constatations liées à notre analyse du système scolaire québécois nous conduisent à préconiser que la formation de base des sages-femmes soit offerte au niveau du premier cycle universitaire. L'étudiante ayant déjà une expérience de vie adulte pourra y recevoir la préparation tant

théorique que clinique requise et devenir une véritable professionnelle. Elle pourra également y côtoyer les divers professionnels avec qui elle sera appelée à collaborer. Ces derniers auront ainsi l'occasion de se familiariser avec cette intervenante dans le domaine de la périnatalité. La complémentarité des diverses responsabilités en ressortira mieux et plus facilement.

CHAPITRE 7

Le programme de sage-femme dans la structure universitaire: situation et conditions d'accès

7.1 Présentation

Intégré dans le réseau universitaire, le programme de formation de sages-femmes requerra-t-il la mise sur pied d'une nouvelle structure ou sera-t-il plutôt intégré dans une structure déjà existante? Son accès sera-t-il limité par l'imposition du prérequis infirmière ou reconnaîtra-t-on, au contraire, plusieurs voies d'accès? Telles sont les deux dernières questions auxquelles le comité a voulu s'arrêter. Elles sous-tendent des enjeux majeurs au regard de l'autonomie de la profession comme de celles qui en seront les membres. Elles abordent de front les débats qui marquent encore aujourd'hui les discussions autour de la profession. Le comité n'a pas voulu les passer sous silence et a donc opté de pousser la réflexion à son terme dans ce dernier chapitre.

7.2 Une école autonome ou un programme intégré?

Bien que les universités soient autonomes dans l'élaboration d'un programme et dans les décisions relatives à son rattachement administratif, il faut néanmoins aborder la situation qui sera celle du programme de sage-femme à l'intérieur de la structure

universitaire. L'objectif du comité est d'indiquer la solution qui lui apparaît la plus réaliste tout en précisant certaines conditions qui à son avis devront être respectées dans l'application de la solution retenue.

7.2.1 Une école autonome, une solution idéale

Les objectifs de formation visés par le comité, le désir de voir la sage-femme reconnue comme une professionnelle à part entière, sans lien de dépendance par rapport à une autre profession mais plutôt en interaction avec tous les autres professionnels de la santé nous ont, dans un premier temps, amenées à considérer que la formation devrait se donner dans une école autonome.

En effet, une école autonome offrirait de grands avantages. On y serait assuré que la philosophie développée au regard de la maternité correspondrait à celle souhaitée puisque la direction du programme serait assumée par des sages-femmes. On pourrait y développer plus facilement une expérimentation qui consoliderait la pratique professionnelle compte tenu que les ressources disponibles seraient exclusives au programme. Enfin, le programme pourrait être plus accessible compte tenu que l'école définirait ses propres critères d'admission. A cet égard, on peut penser que l'absence de tradition permettrait le développement de politiques d'admission novatrices et faciliterait le développement de mécanismes de reconnaissance des acquis.

Cette hypothèse revêt cependant des difficultés de réalisation. Les coûts relatifs à l'implantation d'une nouvelle école pourraient devenir un facteur qui empêcherait quelques universités de s'intéresser à ce projet. Le nombre restreint de sages-femmes à former, les ressources humaines et matérielles requises par l'existence de l'école, les normes de financement en vigueur nous obligent dans le contexte économique actuel, à envisager une autre solution.

7.2.2 Un programme intégré, une solution réaliste

Une alternative à l'école de sage-femme consiste à greffer le programme de formation de sages-femmes à une structure existante, quelle soit école, département ou faculté. Dans cette perspective, il existe trois possibilités compte tenu de la façon dont les programmes sont organisés dans les différentes universités. Il s'agit d'une intégration du programme soit en médecine, en sciences infirmières ou en sciences de la santé.

Une telle intégration présente des avantages surtout économiques. Elle permet en effet d'implanter le programme de sages-femmes dans un espace administratif déjà bien pourvu en ressources de toutes sortes - matérielles, financières et humaines - et dont il pourrait tirer un avantage certain. Elle évite aussi les frais inhérents, et très lourds, liés à l'implantation d'une structure nouvelle. Des économies d'échelle sont de la sorte réalisables.

Outre les raisons économiques, l'intégration du programme de sage-femme dans une structure administrative déjà existante présente un autre intérêt. Il s'agit des contacts professionnels qu'elle permet avec de futurs collègues de travail. L'adaptation et la collaboration en milieu de travail sera d'autant plus facile que les sages-femmes seront de mieux en mieux connues des autres professionnels de la santé. À cet égard, des trois possibilités d'intégration, celle en sciences de la santé est certainement la plus avantageuse sous l'angle de la diversité des contacts interprofessionnels qu'elle peut permettre.

Les raisons évoquées ici justifient, de l'avis du comité, qu'on retienne l'idée d'une intégration du programme de sage-femme dans une structure administrative existante. L'idée est certainement réaliste.

7.2.3 Un programme intégré, mais à certaines conditions

Si l'hypothèse de l'intégration est à privilégier, cette intégration ne doit pas pour autant se faire à n'importe quelles conditions. Elle ne doit pas signifier une fusion du programme de sage-femme. Pour cela, au delà des considérations économiques, d'autres variables doivent être prises en compte dans la décision qui sera prise quant à la localisation de ce dernier dans les structures universitaires existantes.

Aussi considérons-nous que toute structure d'accueil du programme de sages-femmes devrait contenir les conditions suivantes:

- que le programme de formation soit autonome tout en disposant de ressources multidisciplinaires;
- que la philosophie d'humanisation et de démédicalisation de la sage-femme soit respectée;
- que l'enseignement de la discipline soit assuré par des pairs;
- que la formation donne accès au titre de sage-femme;
- que la formation donne accès à l'exercice professionnel autonome.

En somme, l'intégration du programme de sages-femmes dans une structure universitaire existante devrait permettre à celui-ci de se développer comme programme autonome, ayant des ressources humaines qui lui soient particulières et donnant accès à un diplôme de sage-femme. Dans un programme autonome, on pourrait fixer des conditions d'accès qui soient spécifiques. Quelles sont-elles? Telle est la question que nous aborderons maintenant.

7.3 L'accès au programme des sages-femmes: une question de prérequis ou de voie d'accès?

Poser la question des conditions d'accès à la formation de sage-femme renvoie à deux questions principales: le nursing est-il un prérequis à une telle formation et y a-t-il lieu d'envisager des

modalités de reconnaissance de l'expérience acquise? Nous les aborderons successivement.

7.3.1 Le nursing, une voie d'accès plutôt qu'un prérequis

La question du nursing comme prérequis à la formation de sage-femme est, on l'a vu, au coeur de plusieurs des débats actuels entourant la profession de sage-femme. Aussi importe-t-il de bien camper les dimensions du problème afin d'en dégager les enjeux essentiels et ainsi y apporter une solution adaptée.

S'il est un consensus établi au plan international relativement aux sages-femmes, c'est celui de la reconnaissance de la profession sous l'angle d'un ensemble de tâches à accomplir et de compétences à maîtriser. Le programme de formation comme sage-femme vise à habiliter une candidate à assumer avec succès ces tâches et à développer ces compétences. Tels sont, essentiellement, les objectifs terminaux que l'on retrouve dans tous les programmes.

Dans cette perspective, il est évident que quelle que soit la formation préalable, elle ne saurait modifier ces objectifs. Le produit final sera le même - une sage-femme habile et compétente -, que l'on passe ou non par le nursing. Ce dernier apparaît comme une voie possible d'accès à la formation de sage-femme plutôt que comme un prérequis.

Une telle mise en perspective du problème est d'ailleurs de plus en plus retenue aux États-Unis (1). On l'a noté précédemment, une tendance se fait jour en ce sens. Rappelons, pour mémoire, le développement récent du programme de base de sage-femme au Seattle Midwifery School dans l'état de Washington. Citons également le cas de l'Université de Californie, où Rosemary Mann, directrice du Nurse-Midwifery Service and Education Program, a développé un programme de f rmation de sage-femme comportant trois parties distinctes: une formation de base en particulier en sciences (1 an), une formation commune à l'ensemble des professionnels de la santé (6 mois) et enfin une formation spécifique à la sage-femme (1 an) (2).

Cette approche de la formation est également partagée par des groupes canadiens. L'Interdisciplinary Midwifery Task Force Association, formée en 1980, propose trois cheminements différents vers la certification: un programme de base, une procédure d'examen pour les sages-femmes formées à l'étranger et un programme pour celles qui sont infirmières (3).

En somme, plutôt que de voir le nursing comme un prérequis à la formation de sage-femme, on tend à en faire, plus justement à notre

---

1. Voir, entre autres, Rankin, S., Midwives first-nurses second? Nursing mirror, 1980, 11 (151): 22-23.

2. Mann, op. cit.

3. Community Task force on Maternal and Child Health. Childbearing Families and the law. Midwifery law. Winnipeg, 1981, p. 7.

avis, une voie d'accès. Telle devrait être également l'approche retenue au Québec.

7.2.3 La reconnaissance de l'expérience, une autre voie d'accès

Si le nursing est une voie d'accès à la formation de sage-femme, ce n'est certainement pas la seule. La reconnaissance de l'expérience acquise en est une autre. Elle permettrait à celles qui se sont auto-formées et à celles qui ont été formées à l'extérieur du Québec mais qui n'ont pu exercer qu'en régions éloignées ou dans les pays en voie de développement de se qualifier plus rapidement (1) et ainsi de continuer à assumer le leadership déjà démontré dans le cheminement de la réflexion sur l'avenir des sages-femmes au Québec. Certaines de ces sages-femmes pourront être encouragées, soit par un programme spécial, soit par des études en milieu reconnu, à se préparer pour assumer la formation des futures étudiantes.

Ce même principe de reconnaissance des acquis permettra également à celles qui ont une formation d'infirmière d'accéder, comme cela se fait aux États-Unis et dans la plupart des pays européens, plus rapidement à la profession de sage-femme.

---

1. Des programmes de perfectionnement devront être aménagés pour celles dont l'expérience pratique a été mise en veilleuse au cours des dernières années. Une expérience en ce sens a été réalisée au États-Unis et on en prendra connaissance dans Yates, S., A refresher program for nurse-midwives, Journal of Nurse-midwifery, 1983, 28 (3): 11-17.

Des modalités devront être développées pour permettre d'évaluer les acquis des candidates. Elles varieront selon le type d'acquis à reconnaître.

7.4 Conclusion

Au fait de l'autonomie des universités en matière de formation, le comité a néanmoins voulu préciser la place qui devrait être celle du programme de formation de sage-femme dans la structure universitaire et aborder certaines des conditions d'accès à ce programme. C'est ainsi qu'il a opté pour une intégration de la formation de sage-femme dans les structures universitaires existantes tout en précisant certaines conditions. Quant au nursing ou à la reconnaissance des acquis, le comité a établi qu'on devrait les considérer comme des voies possibles d'accès à la formation.

Conclusion

En guise de conclusion à ce rapport, nous présentons les principales recommandations du comité pour reconnaître les sages-femmes. Nous avons montré qu'il s'agissait là d'un projet réalisable correspondant à une demande venant à la fois de groupes féminins et d'organismes publics impliqués dans la formation et dans la santé. Ces recommandations concernent les tâches, les lieux d'exercice, y compris les régions isolées, le statut professionnel et la formation. Elles reprennent, de façon condensée, les principaux éléments de conclusion des chapitres précédents.

1. Les tâches

Considérant que la philosophie sous-jacente à l'exercice de la profession de sage-femme repose sur les principes suivants:

a) la grossesse et l'accouchement sont des phénomènes normaux et naturels qui ne nécessitent d'interventions médicales qu'en cas de complications;
b) le bien-être de la famille et de chacun de ses membres durant le processus de la reproduction doit être visé;
c) les soins dispensés doivent répondre aux besoins exprimés par une clientèle qui participe à son propre plan de soins;
d) le libre choix des individus concernés face aux diverses possibilités dans le déroulement de la grossesse et de l'accouchement doit être respecté.

Considérant que la pratique professionnelle de la sage-femme devrait s'articuler autour des grandes catégories d'activités relatives à l'assistance et au support, à l'éducation et à l'information, à l'enseignement et à la recherche telles que définies dans le présent rapport;

Le comité recommande:

- que la définition de l'exercice de la profession de sage-femme au Québec soit celle adoptée en 1972 par la Confédération internationale des sages-femmes;

- que soit reconnue à la sage-femme une pratique différente de celle des autres professionnels intervenant en périnatalité en cela qu'elle se caractérise 1) par un exercice centré sur les grossesses et accouchements normaux; 2) par un ensemble de soins et services offrant un support technique et humain à la maternité; 3) par un souci de développer des compétences chez les femmes et les couples lors d'une grossesse et d'un accouchement;

- que la pratique professionnelle reconnue à la sage-femme lui permette d'intervenir dans la recherche active de la grossesse chez une femme et se poursuive jusqu'au troisième mois après l'accouchement.

- que les tâches reconnues à la sage-femme s'articulent autour des grandes catégories d'activité énumérées au chapitre des tâches.

2. Lieux d'exercice

Considérant que des femmes revendiquent la possibilité de choisir l'endroit où elles accoucheront et qu'elles réclament un lieu dont la mission serait exclusivement centrée sur la maternité;

Considérant que la distribution des services entourant la maternité dans le réseau public s'effectue en centre hospitalier, dans les D.S.C. et dans les C.L.S.C. ou ce qui en tient lieu;

Considérant qu'en régions éloignées et isolées, les femmes enceintes sont déplacées pour accoucher;

Le comité recommande:

- que la sage-femme soit intégrée dans le réseau des services de santé et rattachée, à titre de salariée, au C.L.S.C. ou à ce qui en tient lieu;

- qu'elle puisse assumer toutes les tâches inhérentes à sa profession, et ce, par un protocole d'entente avec les autres établissements concernés, le cas échéant;

- que soient développés d'autres lieux d'exercice à partir des équipements collectifs existants, notamment par la mise sur pied de centres alternatifs de naissance;

- qu'on assure les conditions pour permettre l'accouchement à domicile par les sages-femmes; qu'à plus long terme, on crée, à l'intérieur du réseau de santé, des centres exclusivement consacrés à la naissance, où les sages-femmes seraient les principales intervenantes;

- que les positions du comité sur les lieux d'exercice s'appliquent aux régions éloignées et isolées; que le dispensaire soit alors considéré comme le port d'attache de la sage-femme dans ces régions et que les accouchements normaux puissent s'effectuer dans le milieu immédiat de la femme enceinte.

3. Statut professionnel

Considérant que la sage-femme doit avoir un statut professionnel légalement reconnu pour pratiquer;

Considérant qu'il y a actuellement des sages-femmes qui pratiquent dans la clandestinité;

Considérant que l'intérêt public exige un contrôle adéquat de la pratique;

Le comité recommande:

- que la profession de sages-femmes soit légalement reconnue au Québec par une loi sur les sages-femmes;

- que le législateur modifie en conséquence toutes les lois ou parties de lois relatives à la pratique de l'obstétrique par d'autres que les médecins;

- que la loi instituant la pratique des sages-femmes prévoit des dispositions spéciales et transitoires pour reconnaître les acquis en terme d'expérience ou de formation des intervenantes actuelles;

- que soient créés des "Boards" responsables du contrôle de la pratique de profession de sage-femme.

4. La formation

Considérant que la reconnaissance d'une pratique pour les sages-femmes implique la formation de ces professionnelles;

Considérant que la création d'un programme de formation professionnelle de sages-femmes correspond à une attente sociale clairement exprimée dans les revendications du mouvement québécois d'humanisation des soins en périnatalité;

Considérant que ces professionnelles auront à établir un rapport privilégié avec les femmes enceintes et devront les assister adéquatement dans la naissance de leur enfant;

Considérant que la pratique en régions éloignées et isolées nécessitera des acquis complémentaires;

Le comité recommande:

- qu'un programme spécifique de formation de sage-femme soit créé et que sa mise en application se réalise au plus tard en septembre 1985;

- que l'élaboration du programme de formation s'inspire de la philosophie sous-jacente à l'exercice de la profession et des principes directeurs qui en découlent;

- que le programme habilite les sages-femmes à exécuter l'ensemble des tâches inhérentes aux catégories d'activités décrites dans le présent rapport;

- que le programme de formation de base des sages-femmes donne lieu à un diplôme de sage-femme du niveau du 1er cycle universitaire;

- que le programme soit construit d'après les compétences théoriques et cliniques;

- que le programme assure une expertise pour une pratique auprès des populations en régions éloignées et isolées, notamment au regard des populations autochtones;

- que des facilités soient assurées pour former des sages-femmes issues de ces régions;

- que des mécanismes de reconnaissance des acquis soient instaurés pour respecter la formation et l'expérience antérieures des candidates au programme de sages-femmes.

ANNEXES

ANNEXE I

ÉTUDE QUANTITATIVE DE LA GROSSESSE

ET DE L'ACCOUCHEMENT AU QUÉBEC

TABLE DES MATIÈRES

pages

INTRODUCTION

A. Description quantitative de la maternité au Québec 207

1. Données générales concernant l'accouchement..... 207

2. L'évolution du taux de césariennes..... 214

3. Les interventions techniques..... 224

3.1 Les interventions techniques en région..... 230

B. La mortalité infantile et la maternité..... 235

1. Description de la situation générale 236

1.1 Les causes de décès infantiles..... 243

1.1.1 Les causes de décès liées à la périnatalité..... 245
1.2.2 Les causes de décès liées aux anomalies congénitales..... 248

2. Description de la situation régionale..... 248

3. La mortalité infantile à l'étranger: un bref aperçu 260

LISTE DES GRAPHIQUES..... 205

LISTE DES TABLEAUX..... 203

GLOSSAIRE..... 269

BIBLIOGRAPHIE..... 275

LISTE DES TABLEAUX

1 - Distribution des accouchements selon le type d'accouchement, régions socio-sanitaires 1980

2 - Distribution régionale des médecins, selon trois catégories de médecins, régions socio-sanitaires, 1980

3 - Évolution du taux de césariennes au Québec 1971-1980

4 - Évolution du taux de césariennes au Québec, Ontario, Canada, Norvège, Pays-Bas, Angleterre, États-Unis 1970-1978

5 - Répartition des accouchements et des césariennes effectués par les médecins omnipraticiens ou spécialistes, Régions socio-sanitaires, Québec 1980

6 - Nombre de certains actes obstétricaux réclamés par les médecins, Québec 1979-1980

7 - Distribution régionale de certains actes obstétricaux dispensés par l'ensemble des médecins dans le cadre de l'Assurance-Maladie, Régions socio-sanitaires, 1980

8 - Évolution de la natalité, Québec 1970 à 1979

9 - Taux de mortalité infantile, Québec 1970 à 1979

10 - Évolution de la mortalité, Québec 1970 à 1979

11 - Mortinatalité, mortalité néonatale, mortalité périnatale, mortalité post-néonatale et mortalité infantile, Québec 1971-1980

12 - Mortalité infantile selon diverses catégories de causes de décès, par âge (heures, jours, mois), Québec 1979

13 - Mortalité infantile pour la catégorie "périnatalité" selon la cause, par âge (heures, jours, mois), Québec 1979

14 - Mortalité infantile pour la catégorie "anomalies congénitales" selon la cause, par âge (heures, jours, mois), Québec 1979

15 - Évolution de la natalité, régions administratives, 1976-1980

16 - Évolution de la mortalité infantile, régions socio-sanitaires du Québec 1972-1980

17 - Évolution de la mortalité néonatale précoce, régions socio-sanitaires du Québec 1977-1980

18 - Évolution de la mortalité néonatale, régions socio-sanitaires du Québec, 1973-1980

19 - Taux de mortalité infantile, Québec, quelques pays choisis 1971-1980

20 - Évolution du taux de mortinatalité, de mortalité néonatale précoce, de mortalité infantile, John Radcliffe Maternity Hospital, Oxford, 1973-1980

21 - Évolution du taux de mortalité infantile, néonatale et périnatale, Finlande 1970-1977

LISTE DES GRAPHIQUES

1 - Distribution des accouchements selon le type, par régions socio-sanitaires et province, 1980

2 - Distribution des médecins selon trois catégories, province et régions socio-sanitaires, 1980

3 - Evolution du taux de césariennes, Québec et certains pays 1970-1978

4 - Distribution régionale de certains actes obstétricaux, Régions socio-sanitaires, 1980.

5 - Evolution des taux de natalité, de mortalité générale et infantile, Québec 1970-1979

6 - Evolution de la mortalité périnatale, néonatale et infantile, Québec et Finlande 1971-1980

7 - Evolution des taux de mortalité infantile, régions socio-sanitaires, 1972-1980

8 - Evolution des taux de mortalité néonatale précoce, régions socio-sanitaires 1973-1980

9 - Evolution de la mortalité infantile, Québec et certains pays 1970-1980

A. Description quantitative de l'accouchement au Québec

1. Données générales concernant l'accouchement

En 1979, le Québec enregistrait 94 603 accouchements contre 93 512 accouchements en 1980.

En 1980, les données relatives à l'accouchement se ventilent ainsi [1]: 43 433 accouchements par voies naturelles (46,5%) [2]; 35 634 accouchements (38,1%) [2]; 378 accouchements d'un deuxième jumeau (0,4%); 14 053 césariennes (15,0%); 14 césariennes et hystérectomies [3] (tableau 1, graphique 1). Trois régions seulement, Québec, Cantons de l'Est et Montréal-Métro, enregistrent des proportions d'accouchements par voie naturelle inférieures à la moyenne québécoise avec respectivement 42,7%, 35,7% et 23,6%. Conséquemment, les proportions d'accouchements pratiqués par les médecins spécialistes sont au-dessus de la moyenne, soit 43,5%, 54,0% et 59,0%. Il faut noter, toutefois, que dans la région de Québec les proportions respectives de ces deux types d'accouchement sont relativement équivalentes.

---

1 RAMQ, Statistiques annuelles, compilation spéciale, décembre 1981.

2 Selon les codes utilisés à la RAMQ, les accouchements par voies naturelles (code 6902) sont ceux facturés par un médecin omnipraticien et les accouchements (code 6903) sont ceux facturés par un médecin spécialiste.

3 L'hystérectomie est devenue nécessaire à la suite d'une complication de l'accouchement.

Tableau 1

Distribution des accouchements selon le type d'accouchement,

régions socio-sanitaires 1980

Types / Régions	(6902) Accouchement		(6903)(6904) Accouchement		Césarienne		Césarienne&hystérectomie		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nbre	%	Nbre	%	
Bas St-Laurent - Gaspésie(01)	2 383	72,3	527	16,0	382	11,6	2	0,1	3 294
Saguenay - Lac St-Jean (02)	4 551	75,6	525	8,7	941	15,7	-	-	6 017
Québec (03)	6 877	42,7	6 998	43,5	2 222	13,8	1	---	16 098
Trois-Rivières (04)	3 387	47,7	2 608	36,7	1 102	15,5	1	0,1	7 098
Canton de l'Est (05)	1 329	35,7	2 006	54,0	382	10,3	1	---	3 718
Montréal-Métro (06a)	7 811	23,6	19 497	59,0	5 753	17,4	7	---	33 068
Laurentides-Lanaudière (06b)	3 972	69,4	1 282	22,4	469	8,2	-	-	5 723
Sud de Montréal (06c)	7 748	70,9	1 490	13,6	1 696	15,5	2	---	10 936
Outaouais (07)	1 421	50,1	946	33,3	470	16,6	-	-	2 837
Abitibi-Témiscamingue (08)	2 353	83,5	100	3,5	365	13,0	-	-	2 818
Côte Nord - Nouveau-Québec (09-10)	1 601	84,1	33	1,7	271	14,2	-	-	1 905
QUÉBEC TOTAL	43 433	46,5	36 012	38,5	14 053	15,0	14	---	93 512

Source: RAMQ, Statistiques annuelles, 1980, compilations spéciales de 1981.
(6902) accouchement par voie naturelle
(6903)-(6904) accouchement et accouchement du deuxième jumeau.
--- pourcentage inférieur à 0,1%

Plus une région est éloignée de Montréal, plus son taux d'accouchement par voie naturelle est élevé. En effet, cinq régions ont des proportions d'accouchements par voie naturelle supérieures à 70%: Côte-Nord - Nouveau-Québec, 84,1%; Abitibi-Témiscamingue, 83,5%; Saguenay - Lac-St-Jean, 75,6%; Bas St-Laurent - Gaspésie, 72,3%. La région Sud de Montréal, 70,9% fait mentir l'assertion précédente (Tableau 1, graphique 1).

Cette situation est sans doute reliée à l'absence plus ou moins marquée de gynécologues-obstétriciens.

En effet, les quatre régions ont des proportions de gynécologue-obstétricien inférieures à 2,0% sauf au Saguenay - Lac-St-Jean où le taux atteint 2,3%. Aucun médecin de cette spécialité n'exerce sur la Côte-Nord et au Nouveau-Québec (Tableau 2, graphique 2).

C'est dans les régions de Montréal, Québec et Cantons de l'Est où le taux d'accouchement (imputable aux gynécologues-obstétriciens) est le plus élevé. Ces taux, nettement supérieurs à la moyenne québécoise, s'expliquent en grande partie par la présence de faculté de médecine et de centres hospitaliers ultra-spécialisés. Ce sont d'ailleurs les trois seules régions où le taux de médecins spécialisés en obstétrique-gynécologie est plus élevé que la moyenne avec respectivement 59,0%, 43,5% et 54,0% comparativement à 38,5% pour tout le Québec.

Tableau 2

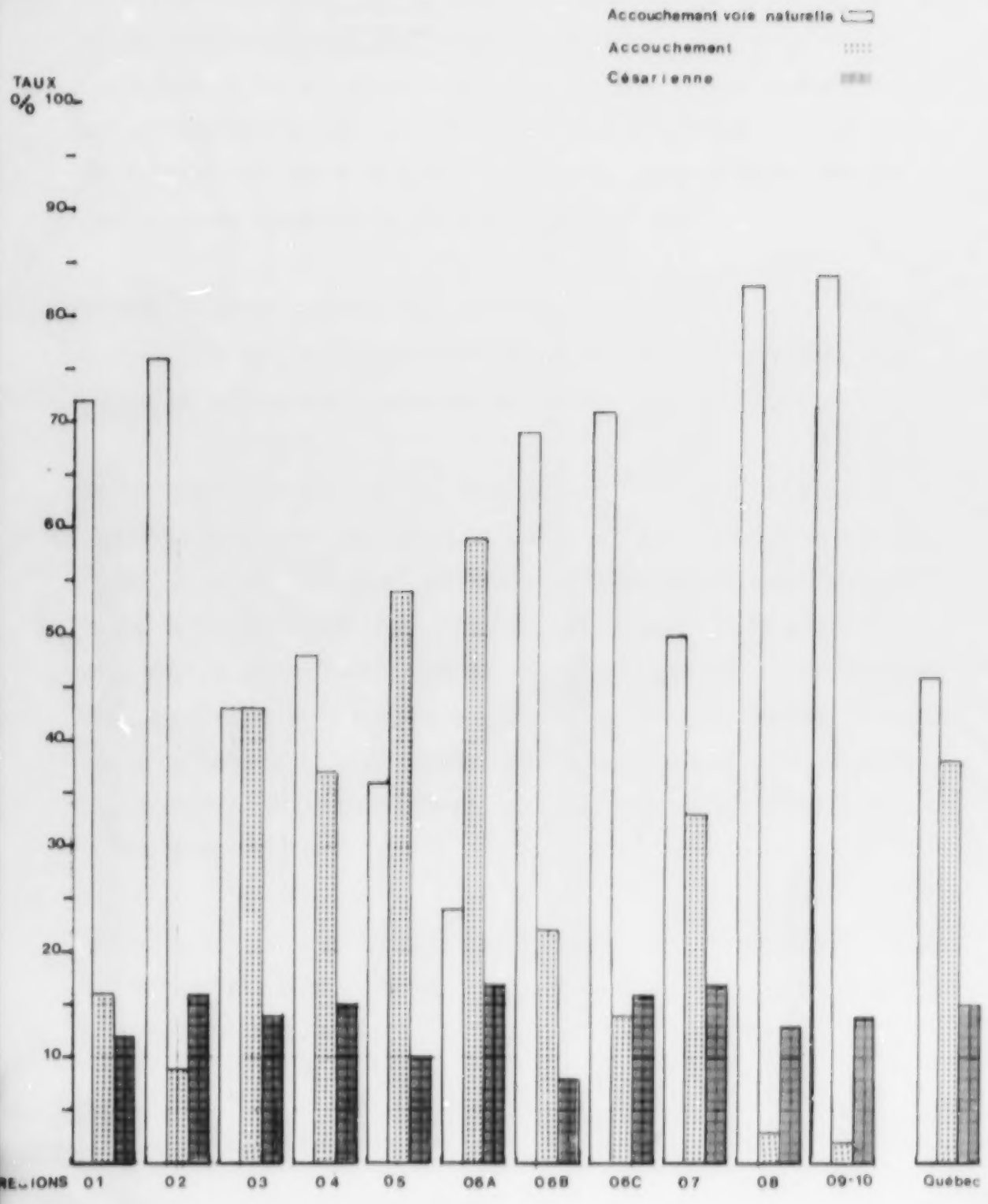
Distribution régionale des médecins, selon trois catégories de médecins, régions socio-sanitaires 1980

Catégorie de médecins / Régions socio-sanitaires	Omnipraticiens		Spécialistes			
			Gynécologie/ obstétrique		Anesthésie/ Réanimation	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Bas St-Laurent - Gaspésie (01)	154	3,3	6	1,6	4	1,0
Saguenay - Lac St-Jean (02)	175	3,7	9	2,3	14	3,3
Québec (03)	855	18,1	66	17,3	96	22,7
Trois-Rivières (04)	261	5,5	19	5,0	23	5,4
Canton de l'Est (05)	187	4,0	17	4,5	22	5,2
Montréal-Métro (06a)	1 747	37,0	222	58,3	187	44,2
Laurentides - Lanaudière (06b)	328	7,0	12	3,1	15	3,6
Sud de Montréal (06c)	675	14,3	22	5,8	53	12,5
Outaouais (07)	171	3,6	5	1,3	5	1,2
Abitibi-Témiscamingue (08)	89	1,9	3	0,8	1	0,2
Côte Nord - Nouveau-Québec (09-10)	76	1,6	0	0,0	3	0,7
QUÉBEC TOTAL % du nombre total de médecins	4 718	100,0 42,7	381	100,0 3,4	423	100,0 3,8

Source: RAMQ, Statistiques annuelles, 1980, Tableau 23.

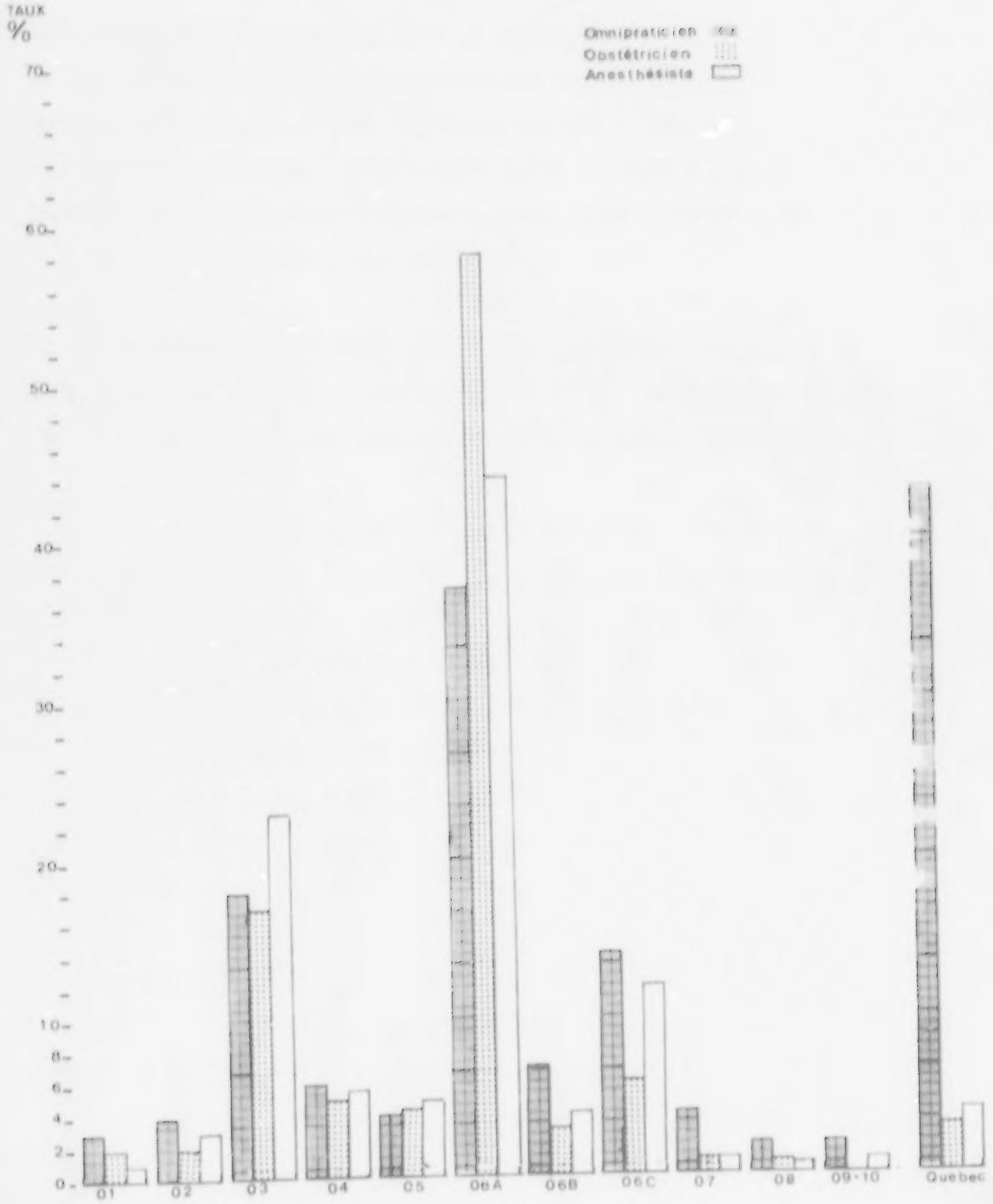
DISTRIBUTION DES ACCOUCHEMENTS
SELON LE TYPE, PAR REGIONS
SOCIO-SANITAIRES ET PROVINCE; 1980

graphique 1



graphique 2

DISTRIBUTION DES MEDECINS
SELON TROIS CATEGORIES
PROVINCE ET REGIONS, 1980



Actuellement au Québec, tout le champ de la maternité est occupé par les médecins, omnipraticiens ou gynécologues-obstétriciens. Les omnipraticiens effectuent 46,5% des accouchements alors que les spécialistes pratiquent 53,5% des accouchements totaux. Certains pays, comme la Finlande, excluent les omnipraticiens du champ de la maternité, d'autres, comme la Grande-Bretagne font une place prépondérante aux sages-femmes.

En 1980, le Québec comptait dans ses effectifs de médecins, 42,7% d'omnipraticiens, 3,4% de gynécologues-obstétriciens et 3,8% d'anesthésistes. Les résidents et les internes sont exclus des calculs. (Tableau 2, graphique 2)

Un peu plus du tiers, 37,0%, des omnipraticiens, une très forte majorité de gynécologues-obstétriciens, 58,3% de même qu'une grande proportion d'anesthésistes, 44,2% se concentrent dans la région de Montréal-Métropolitain. On le voit très clairement, Montréal draine une grande partie de la population des médecins. Si Montréal-Métro apparaît comme une région bien pourvue en médecins, d'autres le sont mais dans des proportions beaucoup moindres. C'est la région de Québec qui, après Montréal-métro, compte la plus forte concentration d'anesthésistes; 22,7%, d'omnipraticiens; 18,1% et de gynécologues-obstétriciens; 17,3%.

Les omnipraticiens sont regroupés dans trois régions: Montréal-Métro: 37,0%, Sud de Montréal: 14,3% et Québec: 18,1%, laissant aux autres régions des proportions inférieures à 5% sauf pour Trois-Rivières: 5,5%.

Les régions se partagent inégalement les 40% de gynécologues-obstétriciens laissés par Montréal-Métro. À elle seule la région de Québec en récupère presque la moitié, soit 17,3%. Les régions les moins bien nanties sont les régions éloignées puisqu'elles ne comptent aucun de ces spécialistes et moins de 1% d'anesthésiste.

Les médecins, qu'ils soient spécialisés ou non, ont tendance à travailler dans les régions urbanisées et dotées de facultés de médecine, donc dans les régions les mieux pourvues en équipements collectifs.

En 1980, 97% des naissances surviennent dans un centre hospitalier [4]. Ce taux était de 95% en 1975, 97% en 1976, 98% en 1977 et 1978 et de 97% en 1979.

2. L'évolution du taux de césariennes

Depuis 1971, le taux de césariennes est passé de 5,65% à 14,39% des naissances en 1980 (tableau 3). Pour l'ensemble des régions, le taux de césariennes se situe assez prêt de la moyenne nationale, sauf pour la région Laurentides-Lanaudière qui se démarque nettement avec 7 points d'écarts. Le plus haut taux de césariennes est enregistré dans la région de Montréal-Métro, 17,4% des accouchements, suivie immédiatement par la région de l'Outaouais, 16,6%. En

4 MAS, Registre de la population, compilations spéciales, 1982.

Tableau 3

Évolution du taux de césariennes au Québec

de 1971 - 1980

Année	Nombre de naissances[1]	Nombre de césariennes[2]	Taux %
1971	93 743	5 300	5,65
1973	89 412	6 326	7,08
1975	96 268	8 009	8,32
1977	97 266	10 745	11,05
1979	99 893	13 308	13,83
1960*	97 650	14 053	14,39

Sources: 1 - Registre de la population, M.A.S.

2 - Recherche et statistiques, RAMQ

* Pour 1980, il s'agit d'estimations provisoires

plus de celles-ci, trois régions ont des taux supérieurs à la moyenne: Saguenay-Lac-St-Jean, 15,7%; Trois-Rivières et Sud de Montréal avec chacune 15,5% des accouchements effectués par césarienne (Tableau 1, graphique 1).

En Abitibi-Témiscamingue, au Saguenay - Lac-St-Jean et dans la région Sud de Montréal, il survient plus de naissances par césarienne que par accouchement (code 6903-6904) (Tableau 1 et tableau 5).

Une étude canadienne récente 5 démontre que le Québec, pour 1971-1977, avec un taux de césariennes de 8,4% des accouchements se situe légèrement en-deçà de la moyenne canadienne avec 8,9%. Les taux sont rapportés aux accouchements en milieu hospitalier. Pour le Canada, le taux passe entre 1971 et 1977 de 6,4% à 12,1%, alors que pour le Québec le taux de césariennes progresse de 6,1% à 11,5%. Globalement, au Canada, de 1969 à 1976 le taux de césariennes a augmenté de 18,9%. En Norvège, le taux de césariennes était, en 1978, de 7,7%, en Angleterre de 5,9%, en 1974 alors qu'aux Pays-Bas il était de 2,8% pour cette même année (tableau 4 et graphique 3). Il est à noter que dans ce dernier pays, la majorité des accouchements ont lieu à domicile et qu'en conséquence, le taux de césariennes y est peu élevé.

---

5 Wadhera, S. et al. Trends in Cesarean Section Deliveries, Canada 1968-1977 in "Canadian Journal of Public Health", volume 73, January/February 1982, p. 47-50.

Tableau 4

Évolution du taux de césariennes

Québec, Ontario, Canada, Norvège

Pays-Bas, Angleterre, États-Unis,

1970-1978

Provinces/pays	Taux pour cent (100) accouchements à l'hôpital								
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Québec	N.D.	6,1	6,6	7,5	8,3	9,0	9,9	11,5	N.D.
Ontario	N.D.	6,8	7,6	8,4	9,3	9,7	11,1	12,3	N.D.
Canada	6,0	6,4	7,2	8,0	9,0	9,6	10,8	12,1	N.D.
Norvège	2,2	2,4	2,5	3,0	3,6	4,1	5,0	6,8	7,7
Pays-Bas	1,9	2,0	2,2	2,5	2,7	2,8	N.D.	N.D.	N.D.
Angleterre	4,3	4,6	4,9	5,0	5,6	5,9	6,0	N.D.	N.D.
États-Unis	5,5	5,8	7,0	8,0	9,2	10,4	12,1	13,7	15,2

Source: Wadhera, S., Trends in Cesarian Section Deliveries, Canada 1968-1977.

Tableau III, p. 48 et tableau II, p. 47.

graphique 3

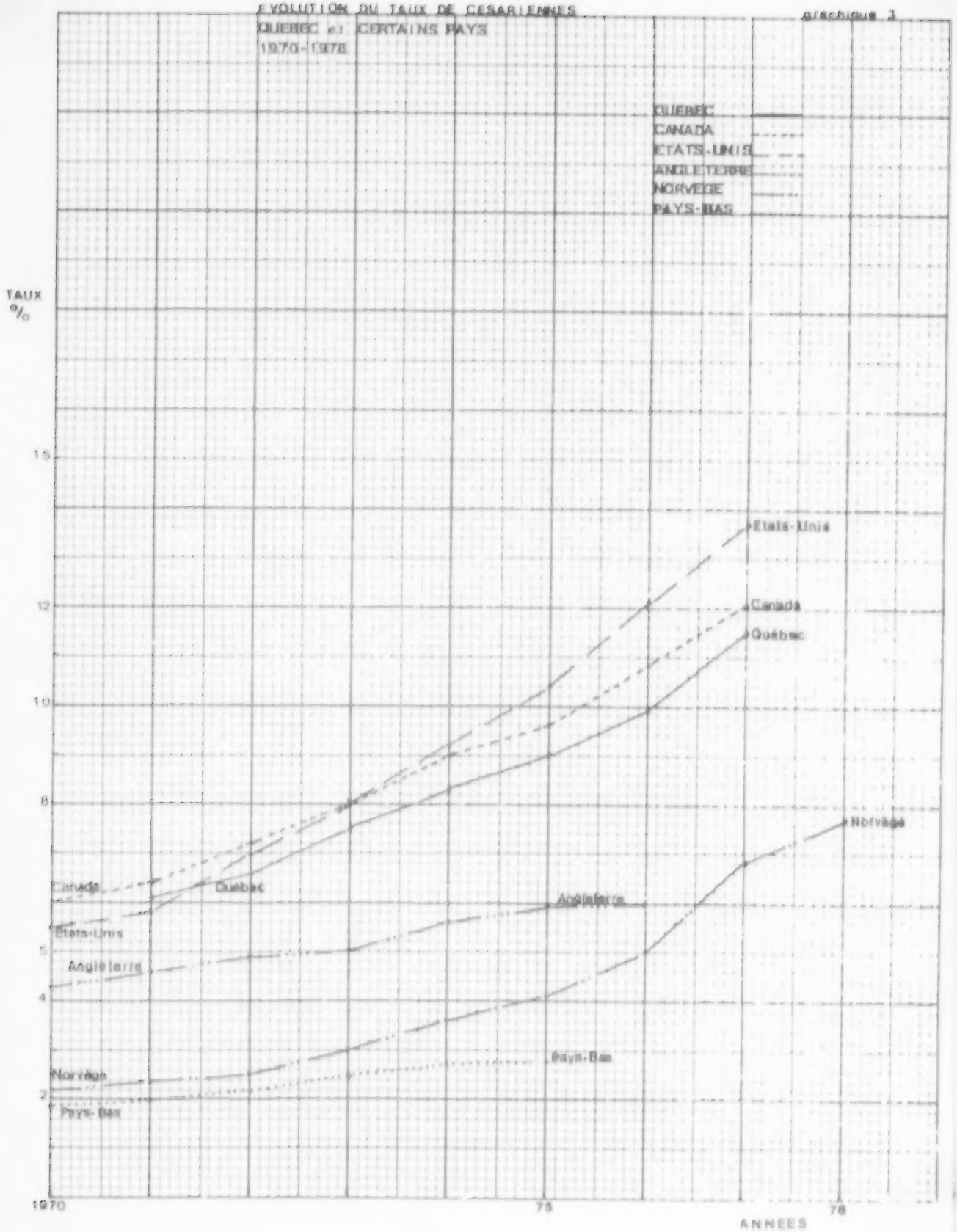

EVOLUTION DU TAUX DE CESARIENNES
QUEBEC et CERTAINS PAYS
1970-1978
QUEBEC
CANADA
ETATS-UNIS
ANGLETERRE
NORVEGE
PAYS-BAS
TAUX
%
15
12
10
8
5
4
2
Etats-Unis
Canada
Québec
Norvège
Angleterre
Pays-Bas
1970
75
78
ANNEES

Tableau 5

Répartition des accouchements et des césariennes effectués par les médecins omnipraticiens ou spécialistes

Régions socio-sanitaires, Québec 1980

Régions	Omnipraticien		Spécialistes		
	Accouchement (6902)	Césarienne	Accouchement (6903)(6904)	Césarienne	Césarienne Hystérect.
Bas St-Laurent - Gaspésie (01)	2 344	45	527	337	2
Saguenay - Lac St-Jean (02)	4 495	2	525	935	-
Québec (03)	6 852	201	6 998	2 021	1
Trois-Rivières (04)	3 351	-	2 608	1 100	1
Canton de l'Est (05)	1 290	-	2 006	382	1
Montréal-Métro (06a)	7 651	54	19 452	5 650	7
Laurentides-Lanaudière (06b)	3 961	1	1 282	468	-
Sud de Montréal (06c)	7 731	1	1 490	1 681	2
Outaouais (07)	1 421	-	946	470	-
Abitibi-Témiscamingue (08)	2 303	2	100	363	-
Côte Nord - Nouveau-Québec (09-10)	1 598	-	33	271	-
TOTAL PROVINCE	42 997	306	35 967	13 678	14

Source: RAMQ, services statistiques, août 1982

Wadhera [6] démontre également que le taux de césariennes varie selon l'âge à l'accouchement. En 1976, ce sont les femmes de plus de 39 ans qui ont le taux de césariennes le plus élevé soit, 21,9% comparativement à 10,6%, 7 ans plus tôt; ce qui représente une augmentation de l'ordre de 15,2%. Même si leur taux est relativement faible, 8,5% en 1976, les femmes de moins de 20 ans sont celles dont l'augmentation du taux de césariennes est la plus prononcée pour la période de 1969-1976 soit 23,7%.

Cette même étude [7] note également que pour l'ensemble du Canada le taux de césariennes primaires est passé de 5,1% en 1971, à 9,6% des accouchements à l'hôpital en 1977, une première césarienne nécessite invariablement que l'accouchement subséquent se fasse par césarienne. Pour ces mêmes années, le taux de césariennes répétées est passé de 1,3% à 2,5%. Au Québec, la césarienne itérative représente 30% à 35% des accouchements par césarienne [8].

La césarienne est une opération majeure qui ne devrait survenir pour un primipare qu'en cas d'urgence. On peut sérieusement s'interroger sur l'augmentation constatée au Canada comme au Québec. Même si l'étude de Wadhera ne fait pas d'analyse spéciale pour le Québec, il est légitime de faire l'hypo-

---

6 Ibid, p. 48, tableau IV.

7 Ibid, p. 49 tableau V.

8 Blanchet, M., et Levasseur, M., Périnatalité: Bilan et prospective, in "Carrefour des affaires sociales"; Ministère des Affaires sociales, édition spéciale, volume 2, septembre 1980, page 19.

thèse que la situation québécoise n'est pas diamétralement oppposée à celle du Canada. Selon Blanchet 9 les césariennes ont augmenté de 123,3% au Québec entre 1971 et 1978. Elle souligne que cette variation est reliée à une modification de la pratique obstétricale exprimée par un élargissement des indications médicales de recours à ce type d'intervention chirurgicale.

Succinctement Wadhera 10 suggère sept facteurs explicatifs de l'augmentation du taux de césariennes: l'âge et la parité, une première césarienne, une présentation du siège, un travail difficile, le développement technologique, la crainte de poursuites à cause d'une faute professionnelle et enfin une attention particulière portée à l'état de santé du nouveau-né. Quelques mots à propos de ces facteurs. Au Canada, la césarienne a augmenté de façon disproportionnée pour les femmes de plus de 20 ans et pour les primipares. Dans cette perspective, la diminution du nombre moyen d'enfants par femme et l'augmentation de l'âge moyen au premier accouchement conduiront encore, selon Wadhera, à un accroissement du nombre de premières césariennes.

L'âge moyen au premier accouchement était de 23,6 ans en 1965, comparativement à 24,2 ans en 1975 11. L'indice synthétique de fécondité (nombre moyen

---

9 Ibid., p. 19 , tableau 13.

10 Wadhera, S., op. cit., p. 50.

11 Bernard, Jean-Marc, Analyse de la mortalité infantile et périnatale au Québec, 1965-1974, Ministère des Affaires sociales, 1978, page 22.

d'enfants par femme) varie de 3,86%, en 1960 à 1,78% en 1979 12.

Blanchet 13 concède que la césarienne puisse être indiquée dans [illegible] de disproportion foeto-pelvienne et de présentation du siège à cause des dangers inhérents à l'utilisation de forceps moyens ou d'extraction par ventouse ou encore à toute autre manoeuvre obstétricale semblable. La disproportion foeto-pelvienne est responsable de 40% des césariennes primaires.

Avec la baisse générale de la fécondité et la relative stabilisation du taux de natalité, la médecine moderne met davantage l'accent sur la santé de l'enfant à naître et sur la prévention. C'est sans doute dans cette perspective que l'Ordre des médecins recommande à ses membres de:

> "s'efforcer de développer des conditions obstétricales permettant d'assurer la sécurité et de la femme enceinte et du nouveau-né, dans un climat psychologique et affectif favorable" 14.

---

12 Messier, Suzanne, Chiffres en main, statistiques sur les québécoises, Conseil du statut de la femme, 1981, page 128.

13 Blanchet, M. et Levasseur, M., op. cit., p. 20.

14 Corporation professionnelle des médecins du Québec, Mieux accoucher mieux naître, 1981, page 16.

La césarienne peut être perçue comme un moyen préventif d'une affection plus grave. Dans cet ordre d'idée, l'augmentation des césariennes est liée à l'utilisation du moniteur foetal, comme le fait remarquer Wadhera.

> "Fetal distress as recorded on the fetal monitor may often lead the obstetrician to perform cesarian section" 15.

Théoriquement, le recours à une césarienne pour souffrance foetale, par exemple, devrait se situer entre 1% et 1,5% des accouchements 16 alors que le taux actuel varie entre 5% et 10% selon les estimations, représentant environ 13,2% de l'augmentation moyenne du taux de césariennes 17.

La césarienne a également une incidence sur la morbidité maternelle puisqu'elle expose aux mêmes risques de complications (médicales, chirurgicales et anesthésiques) que n'importe quelle autre chirurgie médicale. L'enfant à naître est soumis lui aussi aux risques inhérents à l'anesthésie générale.

---

15 Wadhera S., op.cit., p. 50.

16 Blanchet, M. et Levasseur, M., op. cit., page 20.

17 Bottoms, S.F. et al., The increase in the cesarean births rate, in "The New England Journal of Medicine", vol. 302, no 10, pp. 559-563, 1980.

Une étude californienne 18 démontre que l'accouchement par césarienne entraînait, en 1973, 1974 et 1975, respectivement 2,78, 3,07 et 1,94 décès maternels pour 10 000 naissances comparativement à 1,29, 1,07 et 0,96 décès pour 10 000 naissances pour les mêmes années, dans les cas d'accouchements naturels.

3. Les interventions techniques

La césarienne est une intervention chirurgicale majeure. L'accouchement n'est cependant pas exempt d'autres types de procédures techniques. Certes, la médecine moderne a apporté une contribution significative à la prévention, en particulier dans les cas de grossesses à risque élevé. Elle a mis au point des techniques et une instrumentation propices à faire face à toutes sortes de complications de la grossesse et de l'accouchement.

Les développements technologiques en obstétrique permettent de déceler hâtivement des complications mais favorisent également un climat interventionniste tel que les interventions techniques sont devenues une routine alors qu'elles ne devraient être que l'exception.

---

18 Petitti, D. et Olson, R., Cesarean section in California, 1960 through 1975, in "American Journal of Obstetric and Gynecology", vol. 133, no. 4, pp. 391-397, février 1979.

De plus, certaines interventions techniques durant l'accouchement proprement dit engendrent un certain nombre de risques tant pour la mère que pour l'enfant: l'anesthésie épidurale, l'épisiotomie, l'utilisation de forceps. Le nombre d'interventions pourrait sans doute être diminué par une préparation plus adéquate à l'accouchement, par une moins grande dépendance de la médecine moderne face à la technologie et enfin par la création d'un environnement plus serein, moins psychologiquement aseptique.

Il y eut au Québec, en 1978 19, 28,7% d'accouchements pratiqués sous anesthésie épidurale et 59,4% des accouchements faits avec anesthésie locale et bloc honteux, ces données excluant les césariennes.

À la lumière de ces données, on est tenté de faire un rapprochement, par exemple, entre la détresse respiratoire, l'anoxie intra-utérine et l'utilisation d'analgésique. Blanchet 20 souligne que la politique de périnatalité préconisait la diminution du recours à l'anesthésie et à l'analgésie comme moyen de prévenir l'asphyxie du nouveau-né. Dans cette perspective, on peut faire l'hypothèse qu'il y aurait moins de décès imputables à la détresse respiratoire et à l'anoxie intra-utérine si l'utilisation de substances analgésiques diminuait. Il y a là une avenue possible d'étude et d'analyse plus approfondies.

---

19 Blanchet, M. et Levasseur, M., op. cit., p. 20, tableau 15.

20 Ibid, p. 20.

Des données 21 révèlent qu'en 1975, 71,3% des accouchements étaient considérés à bas risque, alors que seulement 66,5% le sont en 1977. Il y a donc une variation assez importante des accouchements compliqués, ces derniers passant de 28,7% en 1975 à 33,5% en 1977. Rien ne laisse présager une baisse imminente des accouchements dystociques. La notion même de risque rapportée à la grossesse est une notion fluctuante. Dans sa politique de périnatalité 22, le ministère des Affaires sociales regroupe les 27 critères de grossesses à risque en quatre catégories.

De plus, la définition même de l'accouchement comporte une série d'interventions ou de procédures techniques, dont l'épisiotomie et l'utilisation de forceps.

L'épisiotomie pour laquelle il est difficile d'obtenir des données quantitatives apparaît au protocole comme une routine de l'accouchement. La proportion d'épisiotomie pratiquée au Québec en 1982 était de 82% 23.

---

21 Rocheleau-Parent, Lucille, Accoucher ou se faire accoucher, in "Carrefour des Affaires sociales", Ministère des affaires sociales, édition spéciale, volume 2, septembre 1980, p. 7, tableau I.

22 Ministère des Affaires sociales, La périnatalité: une politique du Ministère des Affaires sociales, 1973, p. 27 à 31.

23 Coquatrix, Nicole, Accoucher ou se faire accoucher, document d'information, colloque "accoucher ou se faire accoucher", ASPQ et MAS, 1979-1980.

L'épisiotomie est une intervention visant à favoriser l'expulsion du bébé, à favoriser les relations sexuelles après l'accouchement et à diminuer la fréquence des prolapsus utérins 24.

On peut faire l'hypothèse que l'épisiotomie est pratiquée dans la majorité des cas en particulier lorsqu'il s'agit d'une primipare. L'épisiotomie n'est pas nécessaire pour un premier accouchement. Toutefois, elle le deviendra aux accouchements subséquents, le muscle ayant perdu de son élasticité naturelle. C'est ainsi que l'épisiotomie devient une pratique quasi systématique. Dans les hôpitaux de la région de Québec, en 1979, la fréquence des épisiotomies varie de 65% à 95% des accouchements 25.

En dehors des procédures techniques déjà prévues dans la rémunération globale de l'accouchement, certains actes obstétricaux sont rémunérés en sus du tarif régulier. Le tableau 6 rapporte quelques-uns des actes obstétricaux réclamés par les médecins depuis 1977.

Parmi les plus fréquents, durant l'année 1981, on retrouve l'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux: 33 727 actes; le monitoring du cours foetal durant le travail par méthode interne (soins à l'unité

---

24 Blanchet, M. et Levasseur, M., op. cit., p. 21.

25 Coquatrix, N., Peut-on humaniser une industrie? in "Carrefour des Affaires sociales", Ministère des affaires sociales, édition spéciale, vol. 2, septembre 1980, p. 31.

Tableau 6

Taux de variation de certains actes chirurgicaux dans le cadre de l'assurance-maladie
Rémunération à l'acte Québec 1977-1981

Codes	Actes	1977	1978	1979	1980	1981	1977-1978 %	78-79 %	79-80 %	80-81 %	Taux variation annuel moyen 1977-1981 (5 ans) en %
6921	Induction médico-chirurgicale	1 769	3 494	4 283	5 213	5 803	97,51	22,58	21,71	11,32	45,61
6914	Manoeuvres obstétricales	669	735	890	992	1 014	9,86	21,09	11,46	2,22	10,31
6917-6937	Extraction manuelle ou instrumentale	700	738	765	790	901	5,43	3,66	3,26	14,05	5,74
6918-6935	Réparation de déchirures (3e degré)	5 032	5 867	6 678	7 526	7 520	16,59	13,82	12,70	- 0,08	9,89
6927	Amniocentèse	1 957	2 483	2 919	3 173	3 057	26,88	17,56	8,70	- 3,66	11,24
6931	Installation, contrôle.. moniteurs foetaux	9 565	13 678	21 057	27 300	33 727	43,00	53,95	29,65	23,54	50,52
6938	Amnioménétrie	2 180	2 672	1 764	1 537	778	22,57	-33,98	-12,87	-49,38	-12,86
6939	Monitoring (méthode interne)	3 200	3 859	3 494	3 917	5 708	20,59	- 9,46	12,11	45,72	15,68
6941	Prélèvement du sang foetal	82	98	56	45	92	19,51	-42,86	-19,64	104,44	2,44
6942	Stress test	1 728	2 217	1 484	1 528	1 566	28,30	-33,06	2,96	2,49	- 1,88
6933	Ensemble des soins	1 858	2 279	2 620	2 807	2 487	22,66	14,96	7,14	-11,40	6,77
6907	Extraction manuelle (omnipraticien)	33	93	181	207	193	181,8	94,6	14,4	- 6,8	97,0
6920	Manoeuvres obstétricales (omnipraticien)	187	241	230	272	283	28,9	- 4,56	18,3	- 3,31	8,13
	Accouchements										
6902	Accouchements voie naturelle	44 360	44 641	45 231	43 433	37 548	0,63	1,32	- 3,98	-13,55	- 3,07
6903	Accouchement	31 711	33 782	35 684	35 634	34 422	6,46	5,69	- 0,14	- 3,40	1,71
6904	Accouchement deuxième jumeau	362	364	361	378	359	- 2,20	1,98	+ 4,71	- 5,02	- 0,17
	Césarienne										
6912	Césarienne	10 745	12 157	13 309	14 053	14 672	+13,14	9,46	5,60	4,40	7,31
6913	Césarienne et hystérectomie	-	12	19	14	20	-	58,33	-26,32	42,86	16,67 (79-81)
6934	Hystérotomie (omnipraticien)	67	46	37	21	24	-31,3	-19,6	-43,2	14,3	-17,9
6914+6920	Manoeuvres obstétricales	845	876	1 120	1 264	1 277	14,02	14,75	12,86	1,03	9,84
6907+6917 +6937	Extraction manuelle	733	831	946	997	1 094	13,37	13,84	5,4	9,7	9,95
8432	Ultrasonographie obstétricale	ND*	40 723	67 829	99 158	120 652	ND	66,56	46,19	21,68	86,07 (79-81)

Source: RAMQ, Service Statistiques, septembre 1982

* Le programme d'assurance hospitalisation à l'intérieur duquel est effectuée la rémunération pour l'ultrasonographie obstétricale n'étant administré par la RAMQ que depuis mai 1977, les données pour cette année ne sont pas disponibles. En 1982, 129 356 ultrasonographies obstétricales ont été facturées à la RAMQ.

de soins intensifs pour grossesses à risque élevé): 5 708 actes; l'induction médico-chirurgicale du travail dans le cas de complications médicales reconnues: 5 803 actes; la réparation d'une déchirure du troisième degré (impliquant le sphincter anal): 7 520 actes.

Devant ces quelques chiffres, on pourrait alléguer que ces interventions sont devenues essentielles par suite de complications survenant au moment de l'accouchement. En contrepartie, on peut se demander comment il se fait qu'il y ait tant de grossesses nécessitant des interventions techniques d'autant plus que la proportion de grossesses à risque élevé est théoriquement établie à environ 150 o/oo, soit 15% des grossesses 26. Malgré tout, il y avait, en 1981, 16,8% d'accouchements pratiqués par césarienne. L'utilisation de procédures techniques a augmenté depuis 1977. Le taux de variation annuel moyen de l'induction médico-chirurgicale du travail est de 45,61%, celui de l'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux est de 50,52% (tableau 6) pendant que l'épisiotomie demeure une pratique quasi systématique, pour ne citer que ces quelques exemples.

Blanchet souligne

> "On peut se demander si en visant à améliorer les conditions de la grossesse et de l'accouchement, la politique de périnatalité n'aurait

26 Ministère des Affaires sociales, Projet de regroupement des services d'obstétrique, 1978, p. XIII.

pas, du même coup, contribué à la hausse impressionnante des interventions observées en obstétrique au cours des dernières années 27".

3.1 Les interventions techniques en région

La description des interventions techniques en région apporte, dès le départ, des nuances fondamentales. Les régions de Montréal et de Québec ont des centres ultra-spécialisés pour prendre charge des grossesses à risque élevé; de plus, ces régions reçoivent une partie de la clientèle des régions éloignées. Il est donc normal, dans ces cas, que les interventions techniques soient plus nombreuses et plus fréquentes. Il faudra donc en tenir compte dans les interprétations données quant au niveau d'interventions techniques. Cependant, nous ne possédons pas de données assez précises pour faire toutes les distinctions qui s'imposeraient.

La description des interventions techniques en région porte sur l'année 1980 et ne concerne que les actes les plus fréquemment posés dans l'ensemble du Québec (Tableau 6). Ce sont donc: l'induction médico-chirurgicale du travail (6921), l'installation, contrôle et surveillance de moniteurs foetaux (6931), le monitoring du coeur foetal durant le travail par méthode interne

---

27 Blanchet M. op. cit., p. 19.

(6939), la réparation de la déchirure du troisième degré impliquant le sphincter anal (6935).

Pour l'ensemble du Québec, l'induction médico-chirurgicale du travail se fait dans 5,6% de tous les accouchements (césariennes comprises) (Tableau 7, graphique 4). La région de Montréal-Métro mise à part, c'est dans la région de l'Outaouais que la fréquence du recours à l'induction médico-chirurgicale du travail est la plus élevée: 6,6% des accouchements et c'est au Saguenay-Lac-St-Jean qu'elle est la plus faible, 1,6%. Toutes les autres régions enregistrent des proportions inférieures à la moyenne du Québec sauf Trois-Rivières qui se situe au niveau moyen, avec de très faibles variations et ce pour tous les actes obstétricaux sélectionnés.

L'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux se pratique au Québec dans près de 30% des accouchements (Tableau 7, graphique 4). Cette méthode, utilisée surtout dans les cas de grossesse à risque élevé, est appliquée dans 51,5% des accouchements ayant lieu dans la région de Montréal-Métro. Cinq régions se démarquent très nettement de l'ensemble: Outaouais, Saguenay-Lac St-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Sud de Montréal et Cantons de l'Est. Le recours au moniteur foetal est nul dans les régions de la Côte-Nord et du Nouveau-Québec, sans doute à cause de l'absence d'un tel instrument ou parce que les grossesses à risque sont dirigées vers les centres urbains.

Tableau 7

Distribution régionale de certains actes obstétricaux dispensés par l'ensemble des médecins dans le cadre de l'Assurance-maladie, régions socio-sanitaires, 1980

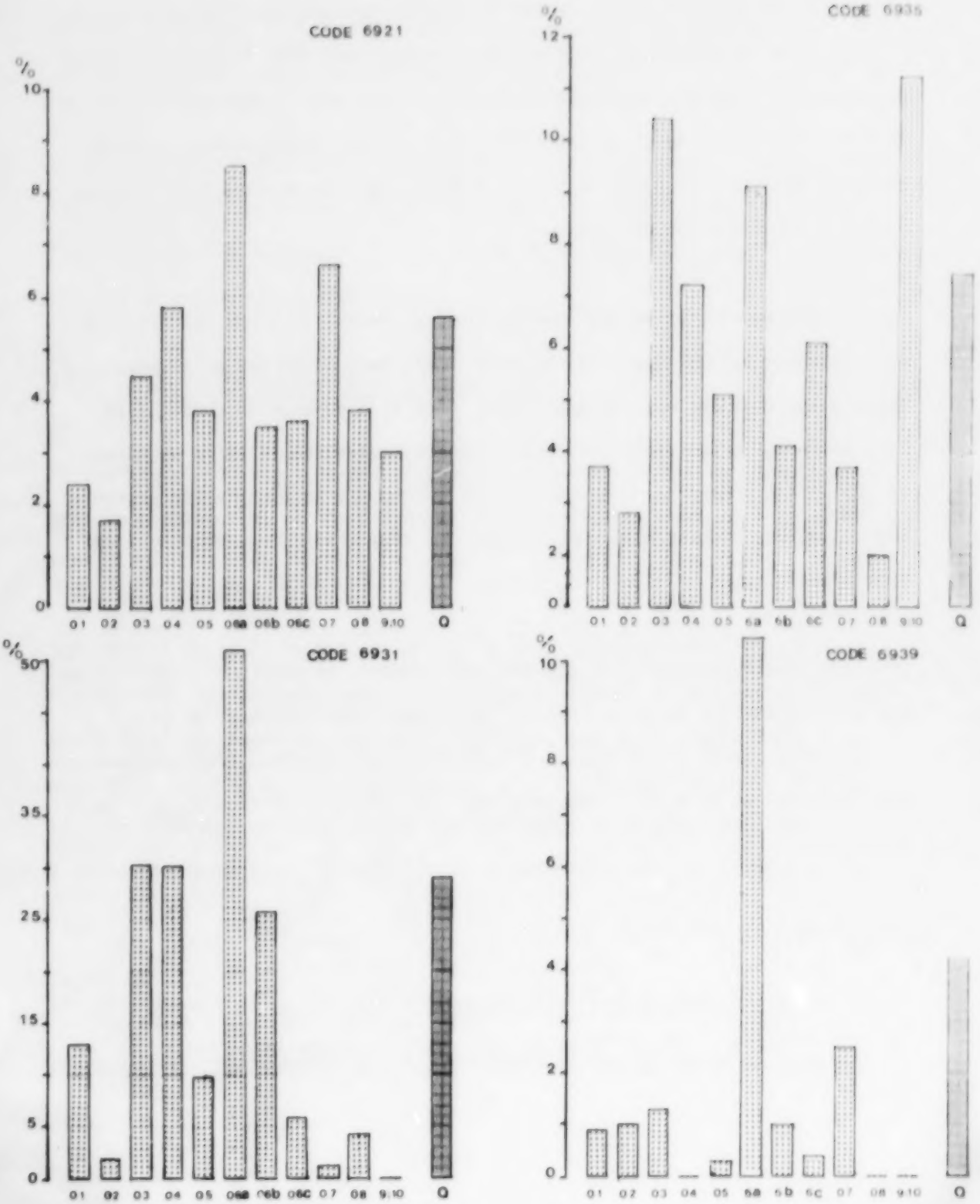
Régions	6921		6931		6939		6935	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Bas St-Laurent - Gaspésie (01)	80	2,4	430	13,1	31	0,9	122	3,
Saguenay - Lac St-Jean (02)	100	1,7	141	2,3	61	1,0	166	2,
Québec (03)	731	4,5	4 871	30,3	217	1,3	1 680	10,
Trois-Rivières (04)	412	5,8	2 146	30,2	-	-	513	7,
Canton de l'Est (05)	142	3,8	364	9,8	10	0,3	191	5,
Montréal-Métro (06a)	2 815	8,5	17 046	51,5	3 425	10,4	3 013	9,
Laurentides-Lanaudière (06b)	192	3,4	1 468	25,6	57	1,0	233	4,
Sud de Montréal (06c)	390	3,6	671	6,1	46	0,4	664	6,
Outaouais (07)	188	6,6	41	1,4	70	2,5	104	3,
Abitibi-Témiscamingue (08)	106	3,8	122	4,3	-	-	57	2,
Côte Nord - Nouveau-Québec (09-10)	57	3,0	-	-	-	-	213	11,
Ensemble du Québec	5 213	5,6	27 300	29,2	3 917	4,2	6 956	7,

Source: RAMQ, Service de la recherche et des statistiques, compilations spéciales, novembre 1981.

Définition des codes
6921 : Induction médico-chirurgicale du travail
6931 : Installation, contrôle et surveillance de moniteurs foetaux
6939 : Monitoring du coeur foetal durant le travail par méthode interne
6935 : Réparation d'une déchirure du troisième degré (impliquant le sphincter anal)

DISTRIBUTION REGIONALE DE CERTAINS ACTES OBSTETRICAUX 1980

graphique 4



Le monitoring du coeur foetal durant le travail par méthode interne s'utilise dans 2,5% des accouchements de l'Outaouais malgré une très faible utilisation de la surveillance par moniteurs foetaux, 1,4% des cas. L'Outaouais vient au deuxième rang quant au recours au monitoring foetal, immédiatement précédé par Montréal-Métro 10,4% et suivi par Québec 1,3%. La moyenne pour l'ensemble de la province est de 4,2%.

Sur la Côte-Nord et le Nouveau-Québec, il y a réparation d'une déchirure du troisième degré, impliquant le sphincter anal, dans 11,2% des accouchements. Cette proportion est non seulement supérieure à la moyenne du Québec 7,4%, mais aussi aux proportions des régions de Montréal-Métro, 9,1% et de Québec 10,4%. C'est l'Abitibi-Témiscamingue qui enregistre le plus faible pourcentage, 2,0% des accouchements nécessitant une réparation d'une déchirure du troisième degré.

Dans les pays européens où il y a des sages-femmes, on remarque le petit nombre d'interventions ou de procédures techniques. Aux Pays-Bas, en 1975, l'accouchement avec l'utilisation d'instruments obstétricaux (forceps, extracteur) est de 4,9% [28]. À la maternité de Pithiviers en France, pour la

---

28 Van Arkel, W.G. The politics of Home Delivery in the Netherlands, in "Birth and Family Journal", volume 7, no 2, summer 1980, pp. 100-112.

période 1977-1979, il y eut 5% d'épisiotomies, aucune (0) épidurale et aucun (0) bloc honteux, aucune (0) utilisation de forceps [29].

En Angleterre, au John Radcliffe Maternity Hospital d'Oxford et au Newham Maternity Hospital de Londres [30], il n'y a pas d'intervention technique de routine comme l'épisiotomie, l'utilisation de forceps voire même d'administration de substances analgésiques.

B. La mortalité infantile et la maternité

La section précédente a permis de dégager un certain nombre de caractéristiques du processus de la maternité mais plus particulièrement de l'accouchement.

Sans mettre en doute le bien-fondé, voire même la nécessité de toutes les interventions, épisiotomie, césarienne, moniteur foetal, il est quand même possible de s'interroger sur leur effet au niveau des statistiques liées à la maternité, c'est-à-dire essentiellement la mortalité maternelle et infantile. Les statistiques québécoises sont bonnes et avantageusement comparables à celles des pays ayant le même niveau de développement que le Québec.

---

29 De Gramont, M., La révolution douce de la maternité de Pithiviers in "Chatelaine", octobre 1979, p. 73-91.

30 Rapport de mission en Finlande et en Angleterre, Comité Sage-femme, mars 1982.

Cette section veut donc jeter un regard plus attentif sur ces statistiques. Cependant, elle ne se prétend pas une analyse causale mais veut décrire les statistiques disponibles et jeter certaines bases d'une étude plus approfondie.

1. Description de la situation générale [31]

Le taux de natalité fluctue, de 1970 à aujourd'hui, entre 16,1 o/oo et 15,9 o/oo avec des pointes à la baisse aux années 1972, 1973 et 1974 (tableau 8 et graphique 5).

Au cours de la dernière décennie, le taux de mortalité infantile au Québec est passé de 19,6 o/oo à 10,3 o/oo, (tableau 9) en régression relativement constante malgré une légère remontée en 1977 (graphique 5). La mortalité générale se maintient à un niveau relativement bas, oscillant pour la période 1970-1979 entre 6,7 o/oo et 7,0 o/oo (tableau 10 et graphique 5).

Les taux spécifiques de mortalité infantile suivent des évolutions assez similaires pour la période 1971-1980 (tableau 11, graphique 6), en régression relativement constante.

Depuis 1977, la mortalité maternelle s'est stabilisée autour de 5 ou 6 décès (tableau 9).

---

31 Au moment d'écrire le rapport, les dernières données démographiques complètes disponibles dataient de 1980.

Tableau 8

Evolution de la natalité, Québec 1970 à 1980

Année	Naissances	Taux de natalité
1970	96 512	16,1
1971	93 743	15,6
1972	88 118	14,6
1973	89 412	14,7
1974	91 433	14,9
1975	96 268	15,6
1976	98 022	15,7
1977	97 266	15,5
1978	96 202	15,3
1979	99 893	15,9
1980*	97 650	-

Source: Messier, Suzanne, "CHIFFRES EN MAIN, Statistiques sur les Québécoises", Conseil du statut de la femme, décembre 1981, 277 pages, tableau 3001, p. 127.

* données provisoires

Tableau 9

Evolution de la mortalité maternelle, Québec 1972 à 1980

Année	Nombre de décès	Décès pour 10 000 naissances vivantes
1972	18	2,1
1973	10	1,1
1974	12	1,3
1975	8	0,8
1976	3	0,3
1977	5	0,5
1978	6	0,6
1979	5	0,5
1980	6	0,6

(Code CIMA: 630-698)

Source: Statistiques Canada et Registre de la population.
Calculs effectués par le Conseil des affaires sociales et de la famille

Taux de mortalité infantile, Québec 1970 à 1979

Année	Taux féminin	Taux masculin	Taux global
1972	15,4	19,0	17,2
1973	13,5	17,4	15,5
1974	12,8	16,0	14,5
1975	11,3	15,4	13,4
1976	10,6	12,3	11,5
1977	10,8	12,9	11,9
1978	10,1	12,8	11,5
1979	8,8	11,6	10,3

Source: Messier, Suzanne, "CHIFFRES EN MAIN, Statistiques sur les Québécoises", Conseil du statut de la femme, décembre 1981, 277 pages, tableau 3103, p. 134.

Tableau 10

Evolution de la mortalité, Québec 1970 à 1979

Année	Décès	Taux de mortalité
1970	40 392	6,7
1971	41 192	6,8
1972	42 525	7,0
1973	43 052	7,1
1974	43 337	7,1
1975	43 537	7,0
1976	43 801	7,0
1977	43 182	6,9
1978	43 653	7,0
1979	42 793	6,8

Source: Messier, Suzanne, "CHIFFRES EN MAIN, Statistiques sur les Québécoises", Conseil du statut de la femme, décembre 1981, 277 pages, tableau 3101, p. 132.

graphique 6

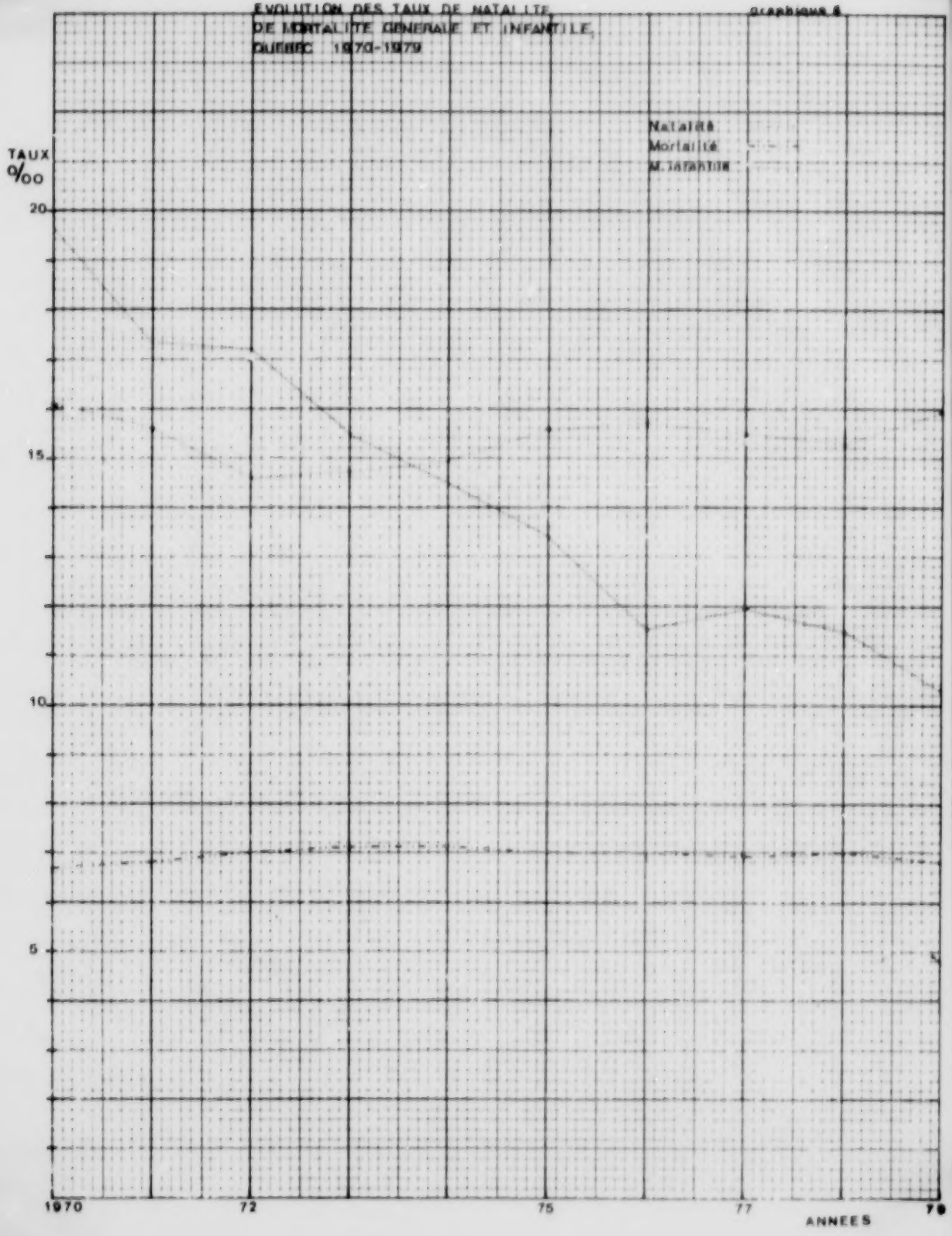

EVOLUTION DES TAUX DE NATALITE,
DE MORTALITE GENERALE ET INFANTILE,
QUEBEC 1970-1979
Natalité
Mortalité
M. infantile
TAUX
‰
20
15
10
5
1970
72
75
77
79
ANNEES

Tableau 11

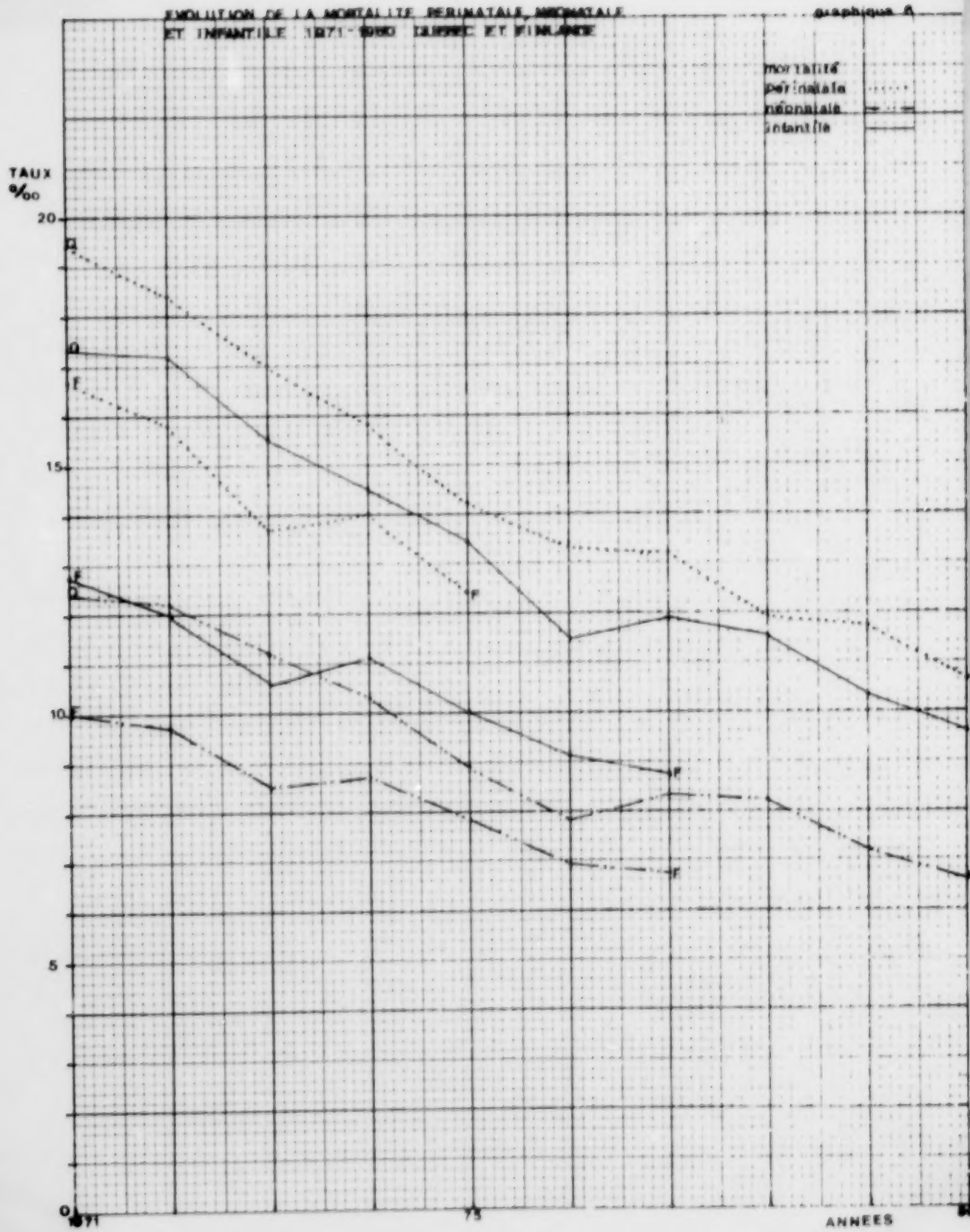
Mortinatalité, mortalité néo-natale, mortalité périnatale, mortalité post néo-natale et mortalité infantile

Nombre de décès et taux pour 1 000 naissances, Québec 1971-1980

Année	Mortinatalité (28 semaines de gestation et plus)		Mortalité néo-natale précoce (0 - 6 jours)		Mortalité périnatale (mortinaissances et décès néo-natals précoces)		Mortalité néo-natale tardive (7 - 27 jours)		Mortalité post néo-natale (28 jours 11 mois)		Mortalité infantile (moins un an)	
	Nombre	Taux/1 000 naissances totales	Nombre	Taux/1 000 naissances vivantes	Nombre	Taux/1 000 naissances totales	Nombre	Taux/1 000 naissances vivantes	Nombre	Taux/1 000 naissances vivantes	Nombre	Taux/1 000 naissances vivantes
1971	807	8,5	1 031	11,0	1 838	19,4	133	1,4	460	4,9	1 624	17,3
1972	686	7,7	950	10,8	1 636	18,4	125	1,4	446	5,1	1 521	17,3
1973	658	7,3	877	9,8	1 535	17,0	122	1,4	385	4,3	1 384	15,5
1974	629	6,8	826	9,0	1 455	15,8	120	1,3	377	4,1	1 323	14,5
1975	639	6,6	736	7,6	1 375	14,2	121	1,3	427	4,4	1 284	13,3
1976	651	6,6	638	6,5	1 289	13,3	128	1,3	359	3,7	1 125	11,5
1977	608	6,2	689	7,1	1 297	13,2	123	1,3	345	3,5	1 157	11,9
1978	492	5,1	660	6,9	1 152	11,9	131	1,4	315	3,3	1 106	11,5
1979	552	5,5	619	6,2	1 171	11,7	104	1,0	299	3,0	1 022	10,2
1980	490	5,0	546	5,6	1 036	10,6	94	1,0	300	3,1	940	9,6

Source: Registre de la population
Calculs effectués par le Conseil des affaires sociales et de la famille

graphique 6


ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PÉRINATALE, NÉONATALE ET INFANTILE 1971-1980 (JAPON ET FINLANDE)
mortalité
périnatale
néonatale
infantile
TAUX ‰
20
15
10
5
0
1971
75
80
ANNEES
J
F

Un des éléments expliquant la diminution de la mortalité infantile est la chute de la natalité associée à des changements dans la structure par âge et la parité 32. En effet, de 30% à 40% de la diminution de la mortalité infantile s'explique par des changements de nature démographique. De 1965 à 1974, la mortalité infantile a baissé de 38,5%.

L'âge moyen à l'accouchement passe de 28,9 ans à 27,4 ans entre 1960 et 1979 alors que 41,6% des naissances en 1970 et 46% des naissances en 1979 sont des naissances de premier rang 33.

1.1 Les causes de décès infantiles 34

Les causes de décès infantiles (tableau 12) sont regroupées selon les grandes catégories de la classification internationale des causes de décès. Pour l'année 1979, des décès infantiles ont été dénombrés dans quatorze catégories. Parmi les plus importantes causes de décès infantiles se trouvent la périnatalité: 437 décès; les anomalies congénitales: 325 décès; les symptômes mal définis: 81 décès; les maladies du système respiratoire: 63 décès.

---

32 Bernard, J.M., op. cit., p. 21

33 Messier, Suzanne, op. cit., p. 129.

34 U.S. Department of Health, Education and Welfare, Vital Statistics ICD-9 Underlying Cause of Death Lists for tabulating Mortality Statistics, effective 1979 (classification internationale des causes de décès).

Tableau 12

Mortalité infantile selon diverses catégories de causes de décès, par âge (heures, jours, mois), Québec 1979

Catégories de causes de décès	Néonatale précoce			Néonatale tardive	Néonatale	Post-néonatale	Décès inconnus	Mortalité infantile	
	24 heures	1-6 jours	0-6 jours	7 - 27 jours	0 - 27 jours	28 jrs - 12 mois		Nombre	%
- Maladies infectieuses et parasitaires	1	2	3	1	4	12	-	16	1,57
- Néoplasmes	1	1	2	-	2	5	-	7	0,68
- Maladies endocrines, métaboliques, immunité nutritionnelles	1	3	4	-	4	7	-	11	1,08
- Maladies du sang - vaisseaux sanguins	-	-	-	3	3	-	-	3	0,29
- Maladies système nerveux-organes sensoriels	1	2	3	4	7	10	-	17	1,66
- Maladies du système circulatoire	1	4	5	-	5	8	-	13	1,27
- Maladies du système respiratoire	2	5	7	6	13	49	1	63	6,16
- Maladies du système digestif	3	5	8	-	8	7	-	15	1,47
- Maladies système génito urinaire	-	-	-	1	1	1	-	2	0,20
- Maladies muscles-squelette-tissu conjonctif	-	-	-	-	-	1	-	1	0,10
- Anomalies congénitales	110	76	186	39	225	98	2	325	31,80
- Périnatalité	234	151	385	43	428	9	-	437	42,76
- Symptômes mal définis	1	10	11	6	17	64	-	81	7,93
- Accidents-empoisonnements	1	4	5	1	6	17	-	23	2,25
- 994 guerre	-	-	-	-	-	8	-	8	0,78
TOTAL TOUTES CAUSES	356	263	619	104	723	296	3	1 022	100,0

Source: Ministère des Affaires sociales, Registre de la population

Les deux principales causes de décès infantiles sont la périnatalité et les anomalies congénitales.

1.1.1 Les causes de décès liées à la périnatalité

Les causes de décès liées à la périnatalité (tableau 13) sont les suivantes: la prématurité et la faiblesse de poids, le traumatisme à la naissance, l'anoxie intra-utérine ou asphyxie du nouveau-né, la détresse respiratoire et d'autres causes non définies. Les causes de décès liées à la périnatalité représentent 42,8% de toutes les causes de décès infantiles, 62,2% de toute la mortalité néonatale précoce et 59,2% de la mortalité néonatale. La cause "périnatalité" joue d'abord au niveau des décès de moins de 24 heures: 53,5% puis au niveau des décès des premiers six jours: 34,5%.

Malgré la multiplication des interventions techniques et l'apport de la technologie, la mortalité néonatale liée à la périnatalité représentait en 1979, 59,2% de tous les décès d'enfants âgés de moins de 28 jours (tableau 13). Dans l'ensemble, la périnatalité (définie comme une catégorie de causes de décès) compte pour 42,8% de tous les décès infantiles survenus en 1979.

Cette cause de décès est intimement liée à la naissance, c'est-à-dire à l'accouchement lui-même et ce sont en quelque sorte des accidents à la naissance.

Tableau 13

Mortalité infantile pour la catégorie «Périnatalité», selon la cause, par âge (heures, jours, mois), Québec 1979

Causes de décès de la catégorie "périnatalité"	Néonatale précoce			Néonatale tardive	Néonatale	Post-néonatale	Mortalité infantile	
	24 heures	1-6 jours	0-6 jours	7 - 27 jours	0 - 27 jours	28 jrs - 12 mois	Nombre	%
Prématurité et faiblesse de poids	43	9	52	3	55	-	55	12,59
Traumatisme à la naissance	4	7	11	3	14	-	14	3,20
Anoxie intra-utérine et asphyxie du nouveau-né	14	13	27	4	31	1	32	7,32
Détresse respiratoire	70	70	140	8	148	4	152	34,78
Autres causes non-définies	103	52	155	25	180	4	184	42,11
TOTAL	234	151	385	43	428	9	437	100,0
Décès "périnatalité"/décès totaux par âge (%)	65,7	57,4	62,2	41,4	59,2	3,0	-	42,8

Source: Ministère des Affaires sociales, Registre de la population

Par rapport à l'ensemble des décès infantiles, sans distinction de cause, la détresse respiratoire représente 14,9%; l'anoxie intra-utérine et l'asphyxie du nouveau-né comptent pour 3,1% alors que la prématurité et la faiblesse de poids constituent 5,4% de tous les décès infantiles de 1979 (tableau 13).

En excluant les causes non définies, la détresse respiratoire est le facteur le plus important de décès infantiles liés à la périnatalité: 34,8% des décès sont liés à cette cause; viennent ensuite la prématurité et la faiblesse de poids: 12,6%; l'anoxie intra-utérine: 7,3%; les traumatismes à la naissance: 3,2%.

La mortalité infantile liée à la catégorie "périnatalité" résulte en grande partie de facteurs exogènes au foetus, c'est-à-dire non directement reliés à sa viabilité même. Ainsi, une étude du Montréal Diet Dispensary [35] a démontré que la faiblesse de poids à la naissance peut être corrigée par une bonne alimentation de la mère durant sa grossesse. Pour la période 1963-1972, le taux moyen de naissances de faible poids est de 6,87% pour les femmes ayant suivi les prescriptions alimentaires du MDD comparativement à 9,02% pour l'ensemble du Québec. De plus, le taux moyen de mortinatalité de 8,67 o/oo est beaucoup plus faible que le taux moyen du Québec, 11,15 o/oo, pour la même période.

35 Higgins, A., A preliminary report of a nutrition study on public Maternity patients, Montréal Diet Dispensary, 1963-1972.

Le taux de mortalité infantile lié à cette cause est de 4,4 o/oo.

1.1.2 Les causes de décès liés aux anomalies congénitales

Seconde en importance, cette cause de décès est responsable de 31,8% de tous les décès infantiles survenus au Québec en 1979 (tableau 14). Cette catégorie de causes de décès comprend: la spina bifida, les anomalies congénitales du système nerveux, les anomalies congénitales du coeur, les anomalies congénitales du système respiratoire et enfin toute une série d'anomalies congénitales regroupées. Cette cause de décès paraît être de nature endogène, provenant de l'organisme lui-même.

Par rapport à l'ensemble des décès infantiles selon l'âge (en jours ou mois) des nouveau-nés, cette cause représente 30,0% de la mortalité néonatale précoce, 31,1% de la mortalité néonatale et 37,5% de la mortalité néonatale tardive. Les décès liés aux anomalies congénitales surviennent avant le premier mois (28 jours) de vie.

Le taux de mortalité infantile lié à cette cause est de 3,3 o/oo.

2. Description de la situation régionale

Les douze régions socio-sanitaires n'ont pas toutes le même comportement démographique. Cette élémentaire constatation tient à plusieurs facteurs: les

Tableau 14

Mortalité infantile pour la catégorie «Anomalies congénitales» selon la cause, par âge (heures, jour, mois), Québec 1979

Causes de décès de la catégorie "Anomalies congénitales"	Néonatale précoce			Néonatale tardive	Néonatale	Post-néonatale	Décès inconnus	Mortalité infantile	
	24 heures	1-6 jours	0-6 jours	7 - 27 jours	0 - 27 jours	28 jrs - 12 mois		Nombre	%
Spina bifida	7	10	17	11	28	16	-	44	13,54
Anomalies du système nerveux	35	10	45	4	49	12	1	62	19,08
Anomalies du coeur	14	31	45	13	58	33	-	91	28,00
Anomalies du système respiratoire	-	4	4	3	7	4	-	11	3,38
Autres anomalies congénitales	54	21	75	8	83	33	1	117	36,00
TOTAL	110	76	186	39	225	98	2	325	100,0
Décès "Anomalies"/décès totaux par âge (%)	30,9	28,9	30,0	37,5	31,1	33,1	0,29	-	31,8

Source: Ministère des Affaires sociales, Registre de la population

conditions socio-économiques, le caractère rural ou urbain, le relatif isolement géographique.

À cause de multiples changements dans les délimitations territoriales du Nouveau-Québec, les données pour cette région sont sujettes à erreur. C'est pourquoi nous l'exclurons, comme entité administrative, de notre description pour ne conserver que des commentaires sur les populations autochtones (voir l'annexe 3 intitulée "Problématique des régions isolées: le cas particulier du Nouveau-Québec). Dans quelques cas, les remarques porteront sur la Côte-Nord et le Nouveau-Québec réunis.

Le taux de natalité du Québec fluctue, depuis 1976, entre 15,9 $^{0}/_{00}$ et 15,3 $^{0}/_{00}$ (Tableau 8). La région de Montréal a des taux de natalité inférieurs à ceux du Québec. Dans les régions périphériques (Québec, Trois-Rivières, Cantons de l'Est et Outaouais) le taux de natalité, supérieur à la moyenne, oscille entre 15,0 $^{0}/_{00}$ et 17,0 $^{0}/_{00}$. Les régions intermédiaires (Saguenay-Lac-St-Jean et Abitibi-Témiscamingue) ont une natalité nettement supérieure à la moyenne nationale et plus élevée que celle des régions périphériques. Une seule exception, la région du Bas-St-Laurent Gaspésie, qui se comporte comme la région des Cantons de l'Est mais avec des taux légèrement inférieurs. La Côte Nord adopte un comportement nettement marginal se démarquant à la fois des régions et de la moyenne québécoise (Tableau 15).

Tableau 15

Évolution de la natalité

Régions administratives 1976-1980

Régions	1976 0/00	1977 0/00	1978 0/00	1979 0/00	1980 0/00
Bas St-Laurent - Gaspésie (01)	16,1	16,4	16,1	17,0	16,5
Saguenay - Lac St-Jean (02)	20,1	19,7	20,1	21,2	20,4
Québec (03)	15,9	15,6	15,8	16,3	15,7
Trois-Rivières (04)	15,5	15,9	16,0	16,9	16,6
Canton de l'Est (05)	16,7	16,5	16,3	16,9	16,5
Montréal (06)	14,7	14,2	13,9	14,3	14,0
Outaouais (07)	17,0	16,6	15,3	15,9	15,4
Abitibi-Témiscamingue (08)	19,0	18,7	20,8	21,7	21,3
Côte Nord (09)	22,0	22,3	21,6	22,1	20,1

La mortalité infantile est indicatrice, dans une certaine mesure, des conditions socio-économiques d'une population (Tableau 16).

Les régions centrales, Montréal-métropolitain et sud de Montréal, suivent des évolutions de leur mortalité infantile assez similaires et proches de la courbe moyenne du Québec (Graphique 6). La région Laurentides-Lanaudière, à concentration urbaine relativement faible compte tenu de sa proximité du centre, s'associe davantage, dans son évolution de la mortalité infantile, à une région intermédiaire: taux élevés en début de période avec chute rapide atteignant des niveaux très bas par rapport à la moyenne, puis remontée à des niveaux relativement élevés pour se situer, en fin de période, au-dessus de la moyenne provinciale.

En général, les courbes de mortalité infantile des autres régions (graphique 7) suivent des évolutions qui leur sont assez particulières. Seule exception à cette règle, la région du Québec dont l'évolution se colle d'assez près à celle de l'ensemble provincial. La région des Cantons de l'Est se démarque des autres régions par des taux de mortalité infantile faibles alors que l'Abitibi-Témiscamingue se détache du peloton pour des raisons inverses.

Dans l'analyse, il faut tenir compte de la petite taille de ces populations régionales. Cette remarque vaut surtout pour la Côte Nord. Les petits nombres introduisent des variations statistiques entraînant ainsi des fluctuations annuelles difficilement interprétables.

Tableau 16

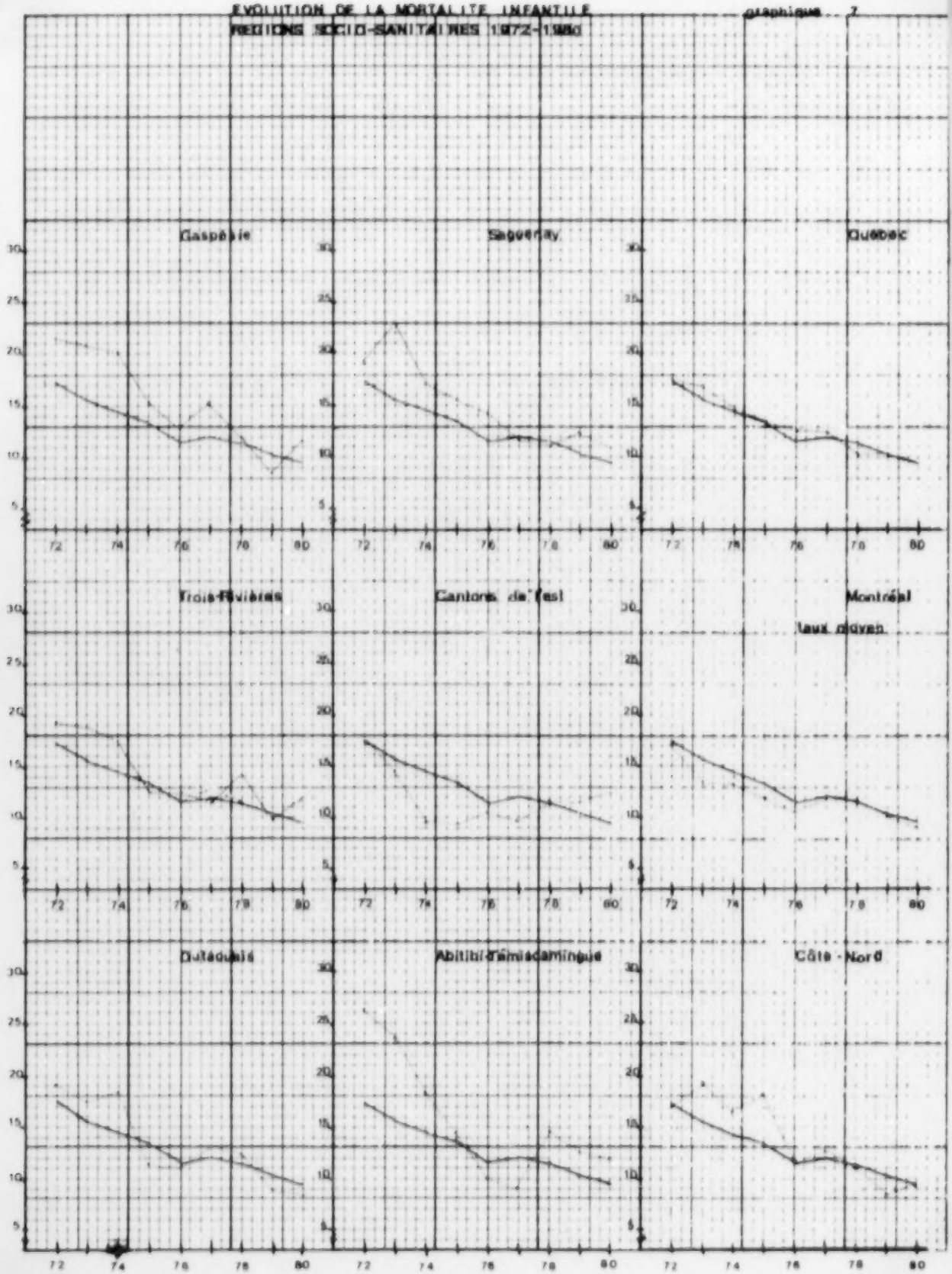
Évolution de la mortalité infantile

Régions socio-sanitaires 1972-1980

Régions		1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Bas Saint-Laurent Gaspésie	(01)	21,5	20,8	20,2	15,3	12,8	15,2	12,0	8,5	11,5
Saguenay-Lac St-Jean	(02)	19,0	23,1	17,1	15,4	14,2	11,9	11,1	12,3	10,9
Québec	(03)	17,4	16,7	14,7	13,5	12,7	12,5	10,3	10,3	9,7
Trois-Rivières	(04)	19,2	18,8	17,3	12,9	12,4	11,4	14,2	9,8	11,7
Cantons de l'Est	(05)	17,2	14,4	9,6	9,4	10,4	9,9	11,5	11,6	12,3
Montréal-Métro	(06a)	16,7	14,5	15,4	13,6	10,8	11,5	10,8	10,2	8,0
Laurentides-Lanaudière	(06b)	18,8	13,6	11,0	9,6	10,9	12,5	13,4	10,4	10,4
Sud de Montréal	(06c)	15,9	12,5	13,6	12,6	9,9	11,4	10,7	9,6	8,6
Outaouais	(07)	19,0	17,3	18,2	11,3	11,1	13,0	12,3	7,9	7,3
Abitibi-Témiscamingue	(08)	26,2	23,5	18,3	14,3	10,0	9,0	14,6	12,5	11,8
Côte-Nord	(09)	17,0	19,3	16,4	18,0	11,4	12,7	11,0	8,2	9,4
Nouveau-Québec	(10)	62,3	40,2	26,1	62,5	N.D.	21,7	26,1	32,4	69,7

Source: Registre de la population, ministère des Affaires sociales, 1982.

EVOLUTION DE LA MORTALITE INFANTILE graphique 7
REGIONS SOCIO-SANITAIRES 1972-1980



Dans la plupart des régions, pour une grande partie de la période, les taux de mortalité infantile sont plus élevés que pour l'ensemble du Québec. Cette constatation dénote des conditions socio-économiques moins favorables que pour le Québec dans son ensemble. Ceci peut s'exprimer par une moins grande accessibilité aux services médicaux ou hospitaliers à cause de l'éloignement géographique et d'une moins forte représentation numérique de la main-d'oeuvre professionnelle de la santé.

Cependant, la tendance générale des taux de mortalité est à la baisse et ce pour toutes les régions à l'exception des Cantons de l'Est, de Trois-Rivières, de la Côte-Nord et du Bas-St-Laurent-Gaspésie qui enregistrent des hausses entre 1979 et 1980.

La mortalité néonatale précoce (Tableau 17, Graphique 8) est peut-être plus significative que la mortalité infantile puisque, survenant dans les premiers six jours de vie, cette mortalité est davantage liée aux conditions proches de l'accouchement. Période particulièrement vulnérable pour le nouveau-né, elle reflète une sensibilité particulière à ces phénomènes. Une forte proportion des décès néonatals précoces est imputable à des causes iatrogènes comme la périnatalité (catégorie de causes de décès) ou à des causes endogènes comme les anomalies congénitales. Malheureusement, une étude régionale des causes de décès eût été trop onéreuse compte tenu des ressources et du temps disponibles au comité.

Tableau 17

Évolution de la mortalité néonatale précoce

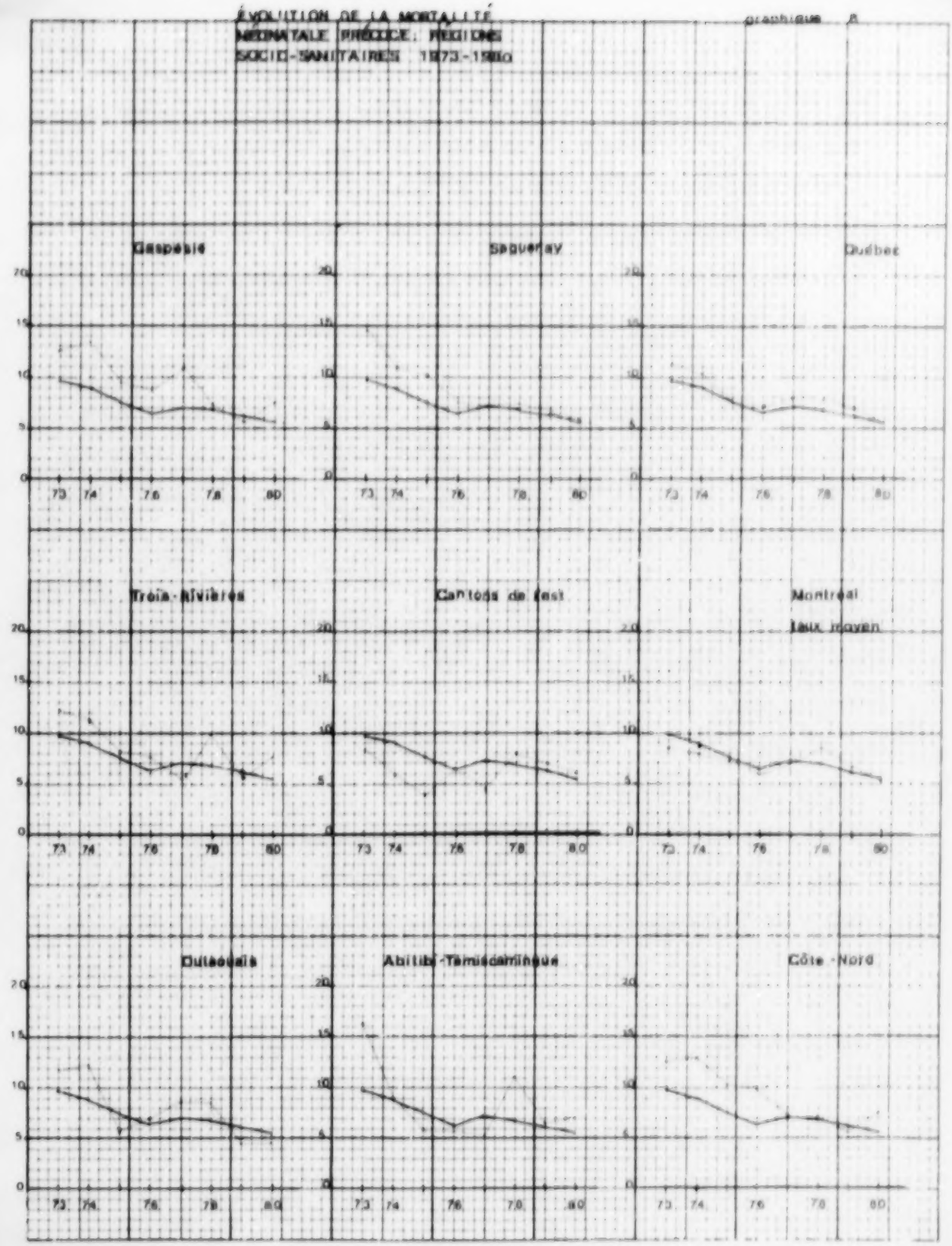
Régions socio-sanitaires 1973-1980

Régions		1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Bas Saint-Laurent Gaspésie	(01)	12,5	13,2	9,6	8,7	10,7	7,3	5,4	7,2
Saguenay-Lac St-Jean	(02)	14,6	10,7	10,2	7,4	7,1	7,3	6,6	5,8
Québec	(03)	11,2	10,3	7,5	7,0	7,9	7,8	6,8	5,6
Trois-Rivières	(04)	12,2	11,3	8,1	7,7	5,6	10,0	5,5	7,6
Cantons de l'Est	(05)	8,2	5,8	3,8	6,5	4,2	7,8	6,9	6,0
Montréal-Métro	(06a)	9,0	9,2	8,1	5,8	7,1	8,1	6,0	5,0
Laurentides-Lanaudière	(06b)	8,7	6,3	5,9	6,3	7,5	9,8	6,9	6,2
Sud de Montréal	(06c)	7,6	8,0	7,6	6,0	6,5	7,2	6,2	4,8
Outaouais	(07)	11,7	12,1	5,6	6,9	8,4	8,5	4,5	4,4
Abitibi-Téniscamingue	(08)	16,1	9,0	5,9	5,8	5,1	11,1	6,6	7,0
Côte-Nord	(09)	12,6	12,9	10,2	9,9	6,9	7,1	5,5	7,3
Nouveau-Québec	(10)	5,0	11,8	9,3	N.D.	6.0	21,7	7,2	12,3

Source: Registre de la population, ministère des Affaires sociales, 1982.

graphique 8

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ NÉONATALE PRÉCOCE : RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES 1973-1980



Toutefois, il y a sûrement des différences régionales quant à l'ampleur de ces phénomènes et on peut sans doute émettre l'hypothèse que plus une région est géographiquement isolée et moins bien pourvue en services et en main-d'oeuvre professionnelle de la santé, plus ces causes, la périnatalité en particulier, ont une incidence marquée sur les taux de mortalité néonatale précoce.

Dans l'ensemble des régions, la tendance de la mortalité néonatale précoce est à la baisse malgré de fortes fluctuations annuelles dont une partie s'explique par les petits nombres d'événements. De ce fait, l'interprétation des courbes est délicate.

La mortalité néonatale (Tableau 18) survient durant les 27 premiers jours de vie. Dans l'ensemble, elle se situe à un niveau supérieur à la mortalité néonatale précoce mais suit sensiblement les mêmes tendances, dans chacune des régions, que la mortalité néonatale précoce.

Pour la période 1972-1980, la mortalité infantile a baissé de 44,2% soit une baisse annuelle de 4,9%, dans l'ensemble du Québec. Pour la période 1973-1980, la mortalité néonatale précoce a diminué de 42,9% soit 5,4% annuellement et la mortalité néonatale a chuté de 41,1% soit 5,1% annuellement.

C'est dans l'Outaouais et au Saguenay-Lac St-Jean où la mortalité néonatale précoce a connu les diminutions les plus importantes avec des baisses

Tableau 18

Évolution de la mortalité néonatale

Régions socio-sanitaires 1973-1980

Régions		1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Bas Saint-Laurent Gaspésie	(01)	13,7	14,3	11,0	9,5	12,0	6,8	6,4	7,7
Saguenay-Lac St-Jean	(02)	16,5	11,9	10,7	8,2	8,0	5,6	7,6	6,7
Québec	(03)	12,4	11,3	8,6	8,5	8,9	7,0	7,4	6,3
Trois-Rivières	(04)	14,0	12,7	9,3	9,1	6,9	8,3	6,5	8,6
Cantons de l'Est	(05)	9,7	6,1	4,0	6,5	5,5	6,4	8,0	7,3
Montréal-Métro	(06a)	10,7	10,9	9,5	7,3	8,3	6,8	7,4	6,2
Laurentides-Lanaudière	(06b)	9,1	8,2	7,3	8,3	8,9	8,2	7,2	7,7
Sud de Montréal	(06c)	8,9	9,2	9,0	7,2	8,2	5,7	7,3	5,5
Outaouais	(07)	12,9	13,7	7,5	7,8	9,5	6,1	5,7	4,9
Abitibi-Témiscamingue	(08)	17,2	10,9	7,3	6,5	6,1	10,1	7,5	7,9
Côte-Nord	(09)	14,8	13,4	11,1	7,5	8,1	5,9	6,2	6,4
Nouveau-Québec	(10)	7,5	11,8	11,6	N.D.	8,0	21,7	18,0	20,5

Source: Registre de la population, ministère des Affaires sociales, 1982.

respectives de 62,4% et de 60,3% soit des variations annuelles de 7,8% et 7,5%. C'est dans les Cantons de l'Est que la mortalité néonatale précoce et néonatale est la plus stable avec une variation totale de 26,8% et de 24,7%, soit des variations annuelles de l'ordre de 3,3% et de 3,1%.

Les diminutions observées entre la mortalité néonatale précoce et néonatale sont pour chacune des régions assez semblables sauf sur la Côte-Nord. Dans cette région, la mortalité néonatale a évolué de façon notable avec une diminution totale de 56,8% et une variation annuelle de 7,1% alors que la mortalité néonatale précoce chutait pour la période 1973-1980 de 42,1% pour une diminution annuelle de 5,3%.

3. La mortalité infantile à l'étranger: un bref aperçu

Dans des pays où la profession de sage-femme est particulièrement bien implantée, la mortalité infantile est inférieure à celle du Québec. En 1977, aux Pays-Bas [36], où l'accouchement à domicile est largement répandu, le taux de mortalité infantile est de 9,5 o/oo (tableau 19, graphique 9).

En Angleterre, au John Radcliffe Maternity Hospital d'Oxford, les taux spécifiques de mortalité sont très bas compte tenu du fait que cet hôpital est un centre universitaire et un centre régional recevant les cas de grossesse à

---

36 Van Arkel, W.G. op. cit.

Tableau 19
Taux de mortalité infantile
Québec, quelques pays choisis

1971-1980

Pays/années	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Québec*	17,3	17,2	15,5	14,5	13,4	11,5	11,9	11,5	10,3	9,6
Angleterre-Galles	17,6	16,9	16,1	15,5	15,7	14,0	13,8	13,0	12,8	11,8
Finlande*	12,7	12,0	10,6	11,1	10,0	9,1	8,7	7,6	7,7	7,6
Pays Bas	12,1	11,5	11,5	11,2	10,6	10,6	9,5	9,4	8,6	N.D.
France	17,1	16,0	15,4	14,5	13,6	12,5	11,5	10,6	10,1	N.D.
Norvège	12,7	12,8	11,9	10,4	11,1	10,4	9,2	8,6	8,8	N.D.
États-Unis	19,2	18,5	17,1	16,5	16,1	15,1	14,0	13,6	13,0	12,5

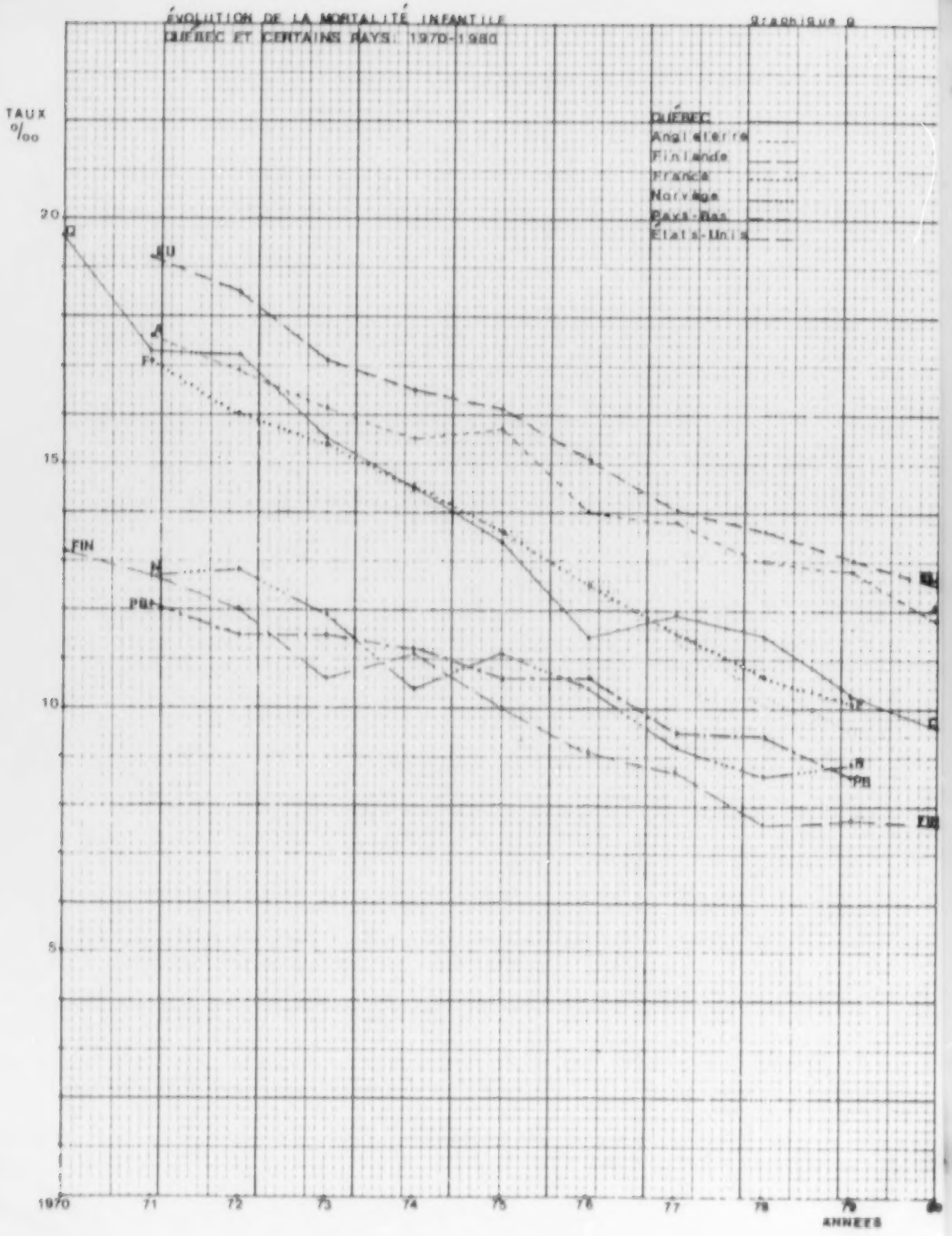
Les taux sont exprimés pour 1 000 naissances vivantes
* Pour le Québec, voir tableau 4, pour la Finlande 1970-1977, voir tableau 5.

Sources:

1. Pour 1971-1972 : Pressat, Roland, "La conjoncture démographique: l'Europe. Données statistiques", Population, (16), 1973;
2. Pour 1973-1974 : Biraben, J.N., "La conjoncture démographique: l'Europe. Données statistiques", Population, (4-5), 1976.
3. Pour 1975 : Biraben, J.N., "La conjoncture démographique: l'Europe. Données statistiques", Population, (4-5), 1977.
4. Pour 1976 : Biraben, J.N., "La conjoncture démographique: l'Europe. Données statistiques", Population, (4-5), 1978.
5. Pour 1977 : Monnier, A., "La conjoncture démographique: l'Europe et les pays développés d'outre-mer", Population, (4-5), 1979.
6. Pour 1978 : Monnier, A., "L'Europe et les pays développés d'outre-mer. Données statistiques", Population, (4-5), 1980.
7. Pour 1979-1980 : Monnier, A., "L'Europe et les pays développés d'outre-mer. Données statistiques", Population, (4-5), 1981.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE
QUÉBEC ET CERTAINS PAYS, 1970-1980

Graphique 6



risque élevé (tableau 20). Il existe à cet hôpital, un "General Practionner Unit" où travaillent conjointement des sages-femmes et des omnipraticiens. On y effectuait, en 1980, 9,3% des accouchements totaux. La mortalité néonatale précoce était de 3,6 o/oo comparativement au département d'obstétrique où ce taux est de 6,2 o/oo 37.

Avec un taux de natalité assez comparable à celui du Québec, 14,2 o/oo en 1975, la Finlande a un taux de mortalité infantile et des taux spécifiques de mortalité infantile plus bas que ceux du Québec (tableau 21). En 1977, le taux de mortalité infantile est de 8,7 o/oo; la mortalité néonatale est de 6,7 o/oo 38. On explique ainsi, en Finlande, les excellents taux spécifiques de mortalité infantile:

> "The present situation, however, reflects mainly the effectiveness of organized maternity services, much less the healthiness of the population as a whole" 39.

37 John Radcliffe Maternity Hospital, 1980 Perinatal Statistics, document rapporté de la mission du comité sage-femme, March 1982.

38 National Board of Health, Primary Health Services, Environmental Health, Official Statistics of Finland, Helsinki 1979.

39 National Board of Health, Health Services in Finland, Official Statistics of Finland, English Summary, Helsinki 1979.

Tableau 20

Evolution du taux de mortinaissance, de mortalité néonatale précoce de mortalité infantile, John Radcliffe Maternity Hospital, Oxford 1973-1980

Année/taux	Mortinaissance 0/00	Mortalité néonatale précoce	Mortalité périnatale
1973	11,7	6,8	18,5
1974	7,1	6,3	13,4
1975	7,7	8,6	16,3
1976	4,9	5,1	10,0
1977	8,0	6,2	14,2
1978	4,3	5,3	9,6
1979	5,2	5,3	10,5
1980	3,8	5,0	8,8

Source: John Radcliffe Maternity Hospital, Perinatal Statistics, 1980 (document de mission du comité sage-femme, mars 1982).

Tableau 21

Evolution du taux de mortalité infantile, néonatale et périnatale, Finlande 1970-1977

Année/taux	Mortalité infantile (0/00)	Mortalité néonatale (0/00)	Mortalité 1 périnatale (0/00)
1970	13,2	10,5	17,2
1971	12,7	10,0	16,7
1972	12,0	9,7	15,8
1973	10,6	8,5	13,7
1974	11,1	8,7	14,0
1975	10,0	7,8	12,4
1976	9,1	6,9	N.D.
1977	8,7	6,7	N.D.

1 Décès d'enfants dont le poids à la naissance est inférieur à 600 grammes.

Source: Birth rate, maternal mortality, perinatal and infant mortality in Finland, 1957-1975 (document de mission du comité sage-femme, mars 1982)

Autrement dit, ce n'est pas tant l'état de santé général de la population que l'organisation même des services de santé en maternité qui explique les succès finlandais en matière de périnatalité.

Or, dans le système de santé et l'organisation des soins primaires liés à la périnatalité, la sage-femme est omniprésente. Pour l'ensemble de la ville d'Helsinki - 483 157 habitants -, il y a 4 obstétriciens et 44 sages-femmes 40. Les médecins généralistes ne font pas d'accouchement, n'ayant pas la formation adéquate.

En 1973, la mortalité infantile américaine était de 17,7 o/oo; la mortalité néonatale était de 13,7%.

Certains états américains comme la Caroline du Nord ou le Mississippi ont tenté des expériences avec des sages-femmes.

En Caroline du Nord 41, l'analyse des résultats de l'expérience révèle que le taux de mortalité néonatale qui était de 33 o/oo en 1940 est de 13 o/oo en 1975 à la fin de l'essai. Au Mississippi, le taux de mortalité infantile sui-

---

40 Compte rendu de la réunion du 11 mars 1982 au Helsinki Health Center, avec mesdames Suovala, Siewert et Raisänen, mission de comité sage-femme.

41 Burnett, C.A., Home Delivery and Neonatal Mortality in North Carolina, in "Jama", volume 244, no 24, December 1980, p. 2741-2744.

te à l'implantation du Midwifery Programm 42 est passé de 41,5 o/oo en 1965 à 21,3 o/oo en 1972.

Dans les deux cas, les analyses permettent de constater que les sages-femmes, même si elles ne sont pas à elles seules responsables de la chute des taux spécifiques de mortalité infantile ont eu, néanmoins, un rôle bénéfique non négligeable.

Il est important de souligner ici que les sages-femmes étaient autorisées à exercer leur profession au domicile de leurs clientes.

Ces quelques données sont certes insuffisantes pour conclure de façon définitive, mais elles révèlent à tout le moins que l'accouchement à domicile ou à l'hôpital, accompagné par une sage-femme, n'a pas d'incidence dramatique sur la mortalité infantile.

D'autres données 43 peuvent contredire celles que nous venons de citer mais elles portent strictement sur les dangers liés à l'accouchement à domicile. Ainsi, selon une étude non citée et rapportée dans ce document, la mortalité infantile, si l'accouchement a eu lieu à domicile, est à Hawai de 35,4 o/oo,

---

42 Gatewood, T.S. Obstetricians and Nurse-midwifes: The Team approach in private practice in "American Journal of obstetrics and Gynecology", Septembre 1975.

43 Corporation professionnelle des médecins, op. cit., p. 11.

en Orégon de 17,0 o/oo et au Michigan de 42,7 o/oo comparativement à 9,6 o/oo, 9,7 o/oo et 10,5 o/oo si l'accouchement a eu lieu à l'hôpital. Malheureusement, le document ne situe pas l'année d'observation de ces taux et souligne la pauvreté de l'enregistrement des données d'état civil dans ces états américains; une étude américaine [44] compare des cas de femmes (statistiquement jumelées pour obtenir une homogénéité des variables) accouchant à domicile avec une sage-femme et accouchant à l'hôpital avec un médecin. L'étude conclut à aucune différence significative entre les deux groupes en ce qui a trait, notamment, aux complications pouvant survenir au nouveau-né (infection, détresse foetale ...) et en ce qui a trait aux complications post-partum pour la mère (dépression, infection ...), bien que les résultats obtenus par les sages-femmes soient relativement meilleurs. Sur un total de 421 cas pour chacun des groupes, il y eut 8 cas de détresse foetale dans le groupe sages-femmes contre 25 cas dans le groupe médecins; les sages-femmes ont eu recours aux forceps dans 3 cas et les médecins dans 10 cas. L'auteur conclut en remarquant que, pour les grossesses à faible risque, les sages-femmes accomplissent un travail aussi bon à domicile que les médecins en milieu hospitalier.

Dans le cas de grossesses à bas risque, les accouchements assistés par des sages-femmes sont aussi sécures pour la santé et la vie de la mère et de l'enfant que ceux pratiqués par des médecins. Les sages-femmes sont moins enclines à recourir à des interventions techniques ou instrumentales.

---

44 Mehl, L. Evaluation of outcomes of non-nurses-midwives: Matched comparisons with physicians, in "Women and Health", December 1979, p. 17-29.

GLOSSAIRE

Mortalité infantile:	décès d'enfants avant le premier anniversaire de naissance;
Mortinaissance:	décès d'un foetus après vingt semaines ou plus de gestation et non accompagné ou suivi d'aucun signe de vie;
Mortalité néonatale précoce:	décès d'enfants avant le septième jour de vie;
Mortalité périnatale:	décès d'enfants de plus de vingt semaines de gestation et avant le septième jour de vie (mortinaissance et décès néonatals précoces);
Mortalité néonatale:	décès d'enfants avant le vingt-huitième jour de de vie;
Mortalité post-néonatale:	décès d'enfants après le vingt-huitième jour de vie et avant le premier anniversaire de naissance;
Mortalité néonatale tardive:	décès d'enfants entre le septième jour et le vingt-huitième jour de vie;
Naissance vivante:	l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception, chez qui, après cette expulsion ou extraction, il y a respiration, battement de coeur ou contraction nettement perceptible d'un muscle volontaire, que le cordon ombilical soit demeuré attaché ou non;
Morbidité:	nombre absolu ou relatif de malades dans un groupe donné et pour une période déterminée;
Naissances prématurées:	enfants nés vivants dont le poids est de 2 500 grammes ou moins et de moins de 37 semaines complètes de gestation;

Périnatalité:

1. politique du ministère des Affaires sociales visant à réduire la mortalité périnatale, la morbidité périnatale et la mortalité maternelle;

2. ensemble des phénomènes entourant la naissance;

Parité:

nombre d'enfants (vivants ou morts-nés) issus de grossesses antérieures;

Examen ordinaire: (omnipraticien)

l'examen ordinaire comprend le questionnaire et l'examen nécessaires au diagnostic et au traitement d'une affection mineure, à l'appréciation d'un traitement en cours, ou à l'observation de l'évolution d'une maladie et la consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes;

Examen complet: (omnipraticien)

l'examen complet comporte les éléments suivants:

un questionnaire portant sur: la raison médicale du recours au médecin, le fonctionnement d'un ou des ensembles ou systèmes reliés à la raison du recours médicale au médecin;

un examen clinique d'une ou des régions reliées à la raison médicale du recours au médecin. Cet examen doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax, de l'abdomen et des extrémités;

des recommandations au patient;

la consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes;

Examen complet majeur: (omnipraticien)

l'examen complet majeur comporte les éléments suivants:

un questionnaire portant sur: les antécédents familiaux du patient; les antécédents personnels du patient; la raison médicale du recours au médecin; le fonctionnement des ensembles et systèmes suivants: nez, gorge, oreilles, yeux, système digestif, système cardio-vasculaire, système respiratoire, système génito-urinaire, système nerveux, appareil locomoteur, système endocrinien;

un examen clinique des régions suivantes: peau et phanères, ganglions, tête, cou, thorax, abdomen, organes génitaux, colonne et extrémités;

des recommandations au patient;

la consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes (La durée de cet examen est en général de 45 minutes);

Examen sommaire: (spécialiste)

l'examen sommaire comporte l'interrogatoire et un examen clinique approprié pour formuler un diagnostic ou traiter une affection, évaluer une fonction, contrôler un traitement ou l'évolution d'une maladie;

Examen spécifique: (spécialiste)

l'examen spécifique comporte l'identification du motif du recours au médecin spécialiste, l'historique des antécédents de la maladie actuelle, un questionnaire détaillé et un examen clinique complet du système ou de la fonction en cause et, s'il y a lieu, d'un ou plusieurs autres systèmes ou fonctions reliés;

Examen spécifique complet: (spécialiste)

l'examen spécifique complet comporte l'identification du motif du recours au médecin spécialiste, l'historique complet des antécédents et de la maladie actuelle, la revue des dossiers antérieurs s'il y a lieu, un questionnaire détaillé et un examen clinique complet portant sur tous les éléments des systèmes, régions et fonctions et la rédaction d'une observation complète;

La durée de cet examen est en général de quarante-cinq minutes;

Examen prénatal: (gynécologue-obstétricien)

l'examen prénatal comporte un interrogatoire portant sur l'évaluation de la grossesse; un examen clinique comprenant notamment l'évolution de la croissance utérine, l'auscultation du coeur foetal s'il y a lieu, la mesure de la tension artérielle, la pesée, l'examen pelvien s'il y a lieu et l'analyse d'urine par une méthode simple;

Accouchement (omnipraticien)	«La rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et actes obstétricaux dispensés à une parturiente notamment: les examens durant le travail; la stimulation du travail; la rupture des membranes; le désencerclage du col; toute forme d'anesthésie locale ou régionale faite par le médecin accoucheur; le cathétérisme vésical; la délivrance par voie vaginale; l'épisiotomie et sa réparation; l'expulsion spontanée ou l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta lorsqu'il n'y a pas de rétention pathologique; la révision utérine; la réparation des déchirures sauf celle du troisième degré (impliquant le spincter anal); l'amniocentèse; l'accouchement du deuxième jumeau; la réparation de lacération du col»;
Accouchement (obstétricien-gynécologue)	"La rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et actes osbtétricaux dispensés à une parturiente notamment: les examens durant le travail; la stimulation de travail; la rupture des membranes; le désencerclage du col; l'anesthésie locale par infiltration des tissus mous, faite par le médecin accoucheur; le cathétérisme vésical; la délivrance par voie vaginale; l'épisiotomie et sa réparation; réparation; l'expulsion spontanée ou l'extraction manuelle ou instrumentale de placenta lorsqu'il n'y a pas de rétention pathologique; la révision utérine; la réparation de déchirures sauf celle du troisième degré (impliquant le sphincter anal); les soins hospitaliers, post-natals n'excédant pas huit jours".

Sources:

Entente relative à l'assurance-maladie et à l'assurance-hospitalisation entre le Ministère des Affaires sociales et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, préambule particulier pour l'obstétrique, art. 3, p. 61.

Entente relative à l'assurance-maladie et à l'assurance-hospitalisation entre le Ministère des Affaires sociales et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, préambule particulier pour l'obstétrique art. 2, p. Q.1.

Nations Unies, Dictionnaire démographique multilingue, volume français, Nations Unies, Département des Affaires économiques et sociales, New York, 1958".

Ministère des Affaires sociales, Statistiques régionales des Affaires sociales, Direction générale de la Planification, édition 1975-1976, p. 19 à 22 (glossaire).

Québec (Province) Ministère des Affaires sociales, Régie de l'assurance-maladie, Manuel de médecins omnipraticiens, régime d'assurance-maladie, régime d'assurance-hospitalisation. RAMQ, 1976-1980, mise à jour, décembre 1981, pagination multiple.

Québec (Province) Ministère des Affaires sociales, Régie de l'assurance-maladie, Manuel des médecins spécialistes, régime d'assurance-maladie, RAMQ 1977-1980, mise à jour, décembre 1981, pagination multiple.

BIBLIOGRAPHIE

A - Documents

BERNARD, Jean-Marc, "Analyse de la mortalité infantile et périnatale au Québec, 1965-1974," Ministère des Affaires sociales, 1978

MESSIER, Suzanne, "Chiffres en main, Statistiques sur les Québécoises," Conseil du statut de la femme, 1981

HIGGINS, Agnes, "A preliminary report of a nutrition study on public Maternity patients," Montréal Diet Dispensary, 1963-1972

MYLES, Margaret, "A text book for midwives, Orientation to the British Midwife", Edimbourg 1964-1975

Naissance-Renaissance, "Depuis que le monde est monde", 1981

COCHRANE, A.L., "Effectiveness and efficiency: Random reflections on Health Services", the Rock Carling Fellowships 1971, the Nuffield Provincial Hospitals Trust, chap. 7 midwifery, pp. 63-91

B - Articles de revue

BLANCHET, M. et LEVASSEUR, M., "Périnatalité: bilan et prospective," Carrefour des Affaires sociales, Ministère des Affaires sociales, édition spéciale, volume 2, septembre 1980, pp. 10-28

WADHERA, S. et Al., "Trends in Cesarian Section Deliveries", Canadian Journal of Public Health, volume 73, January, February 1982, pp.

BOTTOMS, S. F. et Al., "The increase in the Cesarian Birth rate", The New England Journal of Medicine, vol. 302, no. 10, 1980, pp. 559-563

PETITTI, D. et OLSON, R., "Cesarian section in California, 1960 through 1975", American Journal of Obstetric and Gynecology, vol. 133, no. 4, février 1979, pp. 391-397

ROCHELEAU-PARENT, Lucille, "Accoucher ou se faire accoucher", Carrefour des Affaires sociales, Ministère des Affaires sociales, édition spéciale, volume 2, septembre 1980, pp. 9

COQUATRIX, Nicole, "Peut-on humaniser une industrie?", Carrefour des Affaires sociales, édition spéciale, volume 2, septembre 1980, pp. 29-32

COUDE-LORD, Michèle, "Hospitalisation: ce qu'il en coûte aux Québécois", Le Journal de Québec, 7 juillet 1982

VAN ARKEL, W. G., "The Politics of Home Delivery in the Netherlands", Birth and Family Journal, vol. 7, no. 2, summer 1980, pp. 100-112

BURNETT, C. A., "Home Delivery and Neonatal Mortality in North Carolina", JAMA, vol. 244, no. 24, December 1980, pp. 2741-2744

GATEWOOD, T. S., "Obstetricians and Nurse-midwifes: The Team approach in private practice", American Journal of Obstetrics and Gynecology, September 1975, pp.

DE GRAMONT, M., "La révolution douce de la maternité de Pithiviers", Châtelaine, octobre 1979, pp. 73-91

MEHL, Lewis, "Evaluation of outcomes of non-nurses midwives: Matched comparisons with physicians", Woman and Health, December 1979, pp. 17-29

PERRY, H. et Al., "Patient acceptance of a Nurse-Midwife in a private practice group", Journal of Reproductive Medicine, vol. 16, no. 1, January 1976, pp. 21-25

ADAMSON, G. D. et Al., "Home or Hospital Births?", JAMA, vol. 243, no. 17, May 1980, pp. 1732-1736

ERICKSON, J. David et BJERKEDAL, Tor "Fetal and Infant Mortality i Norway and the United States", JAMA, vol. 247, no. 7, Feb. 1982, pp. 987-99

POST, Shirley, "Family-centered maternity care: The Canadian picture", Dimensions in Health Service, vol. 58, no. 6, June 1981, pp. 26-31

MEHL, Lewis, "Home Delivery Research Today - A Review", Women and Health, vol. 1, no. 5, Sept-Oct 1976, pp. 3-11

RUSSELL, J. K., "Caesarian section", British Medical Journal, vol. 283, no. 6299, October 1981, p. 1076

GUIMOND, P. et DANDAVINO, A., "Évolution dans l'incidence et les indications de césariennes", Union médicale du Canada, Tome 110, mars 1981, pp. 229-232

C - Documents officiels et gouvernementaux

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, "Vital Statistics ICD-9 Underlying Cause of Death Lists for tabulating Mortality Statistics", effective 1979

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, "Mieux accoucher, mieux naître", 1981

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, "Projet de regroupement des services d'obstétrique", 1978

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, "La périnatalité: une politique du ministère des Affaires sociales", 1973

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE, "Manuel des médecins omnipraticiens", régime d'assurance-maladie, régime d'assurance-hospitalisation, RAMQ, 1976-1980, mise à jour, décembre 1981, pagination multiple

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE, "Manuel des médecins spécialistes", régime d'assurance-maladie , RAMQ, 1977-1980, mise à jour, décembre 1981, pagination multiple

JOHN RADCLIFFE MATERNITY HOSPITAL, "1980 Perinatal Statistics", Oxford, March 1982

NATIONAL BOARD OF HEALTH, "Primary Health Services", Environmental Health", Official Statistics of Finland, Helsinki 1979

NATIONAL BOARD OF HEALTH, "Health Services in Finland", Official Statistics of Finland, English Summary, Helsinki, 1979

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, "Rapport annuel 1979-1980", Montréal 1981

NATIONS-UNIES, "Dictionnaire démographique multilingue", volume français, Nations-Unies, Département des Affaires économiques et sociales, New-York, 1958

ANNEXE II

ÉTUDE DE HUIT CHAMBRES DE NAISSANCE DU QUÉBEC

TABLE DES MATIÈRES

Pages

1. But de l'étude 285

2. Méthodologie 286

3. Présentation des résultats 288

   3.1 Synthèse des réponses obtenues par questionnaire 288

      3.1.1 La situation générale 289
      3.1.2 L'utilisation 290
      3.1.3 Le scénario de l'accouchement 295

   3.2 Synthèse des réponses obtenues suite aux entrevues 300

      3.2.1 La description de la chambre de naissance 300
      3.2.2 Les améliorations souhaitées 302
      3.2.3 Ce en quoi la chambre de naissance répond aux demandes d'humanisation des soins 304
      3.2.4 L'organisation du travail autour de la chambre de naissance 305
      3.2.5 Au sujet de la sage-femme 307

4. Synthèse générale 310

Addendum - Outils utilisés dans la réalisation de l'étude sur les chambres de naissance 313

1. Lettre ayant servi à solliciter la collaboration des personnes sélectionnées 315

2. Questionnaire utilisé dans l'étude 317

3. Grille d'entrevue utilisée dans l'étude 322

1. But de l'étude (1)

S'inscrivant dans le mouvement d'humanisation des soins, des centres hospitaliers québécois offrent une "alternative" à "l'accouchement" traditionnel": la chambre de naissance.

Suite aux demandes d'une clientèle désireuse de vivre des accouchements dans un environnement plus chaleureux, plus personnel et où le couple aurait plus de pouvoir sur l'événement, on décide de créer une pièce qui prend l'allure du "chez soi". On veut ainsi échapper à la froideur de la salle d'accouchement, où l'asepsie occupe une place jugée trop importante et où la présence d'instruments et d'équipements multiples ainsi que la disposition même de la pièce empêchent toute spontanéité ou aisance chez la femme. De plus, changer la "patiente" de pièce lorsqu'elle est prête à accoucher ne lui permet pas de s'adapter, de "s'installer" dans un endroit où elle pourra se concentrer pour vivre les toutes dernières étapes qui mènent à la naissance de son enfant.

Mais cette réponse institutionnelle se limite-t-elle à des transformations physiques, décoratives? La différence entre la salle d'accouchement et la chambre de naissance se situe-t-elle uniquement au niveau de la couleur des murs et des draps? En fait, nous connaissons le scénario et la philosophie sous-jacente à l'accouchement

---

1. Cette étude a été réalisée par Louise-Andrée Saulnier. Elle a été assistée par une stagiaire en anthropologie de l'Université Laval, Anne-Marie Fortier.

"traditionnel", mais ce qui se passe en chambre de naissance ce qu'elle implique en termes d'organisation du travail, d'attitudes et de formation des infirmières et médecins, nous restait inconnu. Bien sûr, étant donné la conjoncture économique actuelle, nous nous interrogions aussi sur les coûts qu'entraîne l'aménagement d'une telle salle et... la source des fonds recueillis. C'est pour répondre à ces questions que nous avons entrepris une étude de huit chambres denaissance du Québec (1).

2. Méthodologie

Pour la collecte des données nécessaires, nous avons eu recours à deux outils de travail: le questionnaire et l'entrevue. Le questionnaire a été posté aux personnes sélectionnées quelques semaines avant l'entrevue au cours de laquelle il nous était remis.

L'échantillon se composait des chefs de département d'obstétrique dans les centres hospitaliers qui disposaient d'une chambre de naissance en opération depuis au moins un an. Il en existait huit à l'époque. Souvent, le médecin en chef a délégué l'infirmière-chef comme personne-ressource. Dans un cas, nous avons rencontré une psychologue du D.S.C., qui avait participé à la mise sur pied de la chambre de naissance.

---

1. On trouvera, à la page 315, la lettre par laquelle les personnes choisies furent sollicitées pour collaborer à la présente étude sur les chambres de naissance.

Le questionnaire visait une description plutôt quantitative de la situation actuelle des chambres de naissance: son utilisation, le scénario de l'accouchement, le post-partum immédiat. À part un refus, nous avons eu la collaboration de tous les établissements. Certains ont toutefois souligné quelques difficultés rencontrées: nous traiterons de cette question en interprétant les données.

Entre le 30 mai et le 8 avril 1982, nous avons procédé aux entrevues qui venaient compléter le questionnaire par des observations plus qualitatives. C'était une bonne occasion pour notre interlocutrice ou interlocuteur d'exposer non seulement ses questions et commentaires au sujet du questionnaire, mais de nous faire part de ses réactions et attentes face à la chambre de naissance. Notons que pour cette étape, toutes les personnes contactées ont accepté de nous recevoir.

Les rencontres incluaient l'entrevue et la visite de la chambre de naissance. Elles duraient, en moyenne une heure et quart. L'entrevue se déroulait dans le bureau de la personne interrogée, prenant le ton d'un dialogue plutôt que d'un stricte échange question-réponse.

Le texte suivant se veut essentiellement une synthèse des résultats obtenus. Étant donné la nature de notre échantillon, nous nous

contenterons d'établir les tendances générales qui se dégagent de cette étude, sans tirer de conclusions comme telles. Cependant, certaines questions seront soulevées en cours de route.

Nous aurions souhaité demander aux personnes ayant collaboré à cette étude de nous exposer leur avis sur les résultats obtenus. Des délais trop courts nous en ont empêché.

3. Présentation des résultats

La présentation des résultats se fera en deux temps. Nous procéderons à la synthèse des constats principaux qui se dégagent d'abord du questionnaire, ensuite des entrevues.

3.1 Synthèse des réponses obtenues par questionnaire (1)

Rappelons que sur les huit établissements sélectionnés, sept ont accepté de compléter le questionnaire.

Nous traiterons des questions une à une, les répartissant en trois sections: la situation générale et l'utilisation de la chambre de naissance, le scénario de l'accouchement et le post-partum

---

1. On trouvera copie du questionnaire utilisé dans cette étude à la page 317 du présent annexe.

immédiat. Les données que l'on nous a fournies ont été compilées dans deux tableaux. Ils sont présentés dans le tableau I, page 291.

3.1.1 La situation générale

Ouvertes depuis en moyenne deux ans, les chambres de naissance n'accueillent qu'une faible proportion des femmes qui se rendent dans les hôpitaux offrant cette possibilité. Le nombre moyen des accouchements qui se tiennent en chambre de naissance ne constitue que 12,15% de la totalité des accouchements qui ont lieu dans ces hôpitaux.

Sans vouloir fournir de raisons précises à cette faible utilisation, nous avons, au moyen de quelques régressions linéaires, observé les faits suivants:

a) En établissant le rapport entre le nombre d'accouchements en chambre de naissance et le nombre de gynécologues obstétriciens dans l'hôpital, il semble que plus ces derniers sont nombreux moins la chambre de naissance est utilisée.

b) De la même façon, il semble que plus le nombre d'obstétriciens est élevé par rapport au nombre d'omnipraticiens dans un hôpital, plus le pourcentage d'accouchements en chambre de naissance par rapport au nombre total d'accouchements dans un établissement a tendance à diminuer.

Notre échantillon étant restreint à sept observations, nous ne pouvions arriver à des coefficients statistiquement fiables. Néanmoins, de tels résultats indiquent le sens d'une interrogation plus approfondie de la situation.

3.1.2 L'utilisation

Définies soit par le département d'obstétrique, soit par chaque médecin utilisateur, ou encore, par le Conseil des médecins et dentistes, les conditions d'admission à la chambre de naissance varient d'un établissement à un autre. L'unique condition "universelle" est celle de l'accouchement sans risque prévu .

Depuis plusieurs années déjà, il est permis que la mère soit accompagnée de son conjoint ou d'une autre personne dans la salle d'accouchement. Il en est de même dans la chambre de naissance, où l'on accepte aussi, la présence de personnes amies ou de la parenté. Quant à l'admission des enfants, que ce soit en salle d'accouchement ou en chambre de naissance, elle est encore sujette à controverse.

Il a été mentionné précédemment que la principale condition d'admission à la chambre de naissance est l'absence de complications prévisibles à l'accouchement. Nous pouvons donc présumer qu'une complication imprévue sera cause de transfert de la cliente à la salle d'accouchement. Les données fournies par les départements

TABLEAU I

MODALITÉS D'UTILISATION DES HUIT CHAMBRES DE NAISSANCE VISITÉES

	SITUATION GÉNÉRALE							UTILISATION										POST-PARTUM		
HÔPITAL	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS DANS L'HÔPITAL EN 1981	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS DANS LA CHAMBRE DE NAISS. EN 198	% DU RAPPORT ACC. CH. NAISS / ACC. HÔPITAL	NOMBRE DE GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS DANS L'HÔPITAL	NOMBRE D'OMNIPRATICIENS QUI FONT DE L'OBST. DANS L'HÔP.	% DU RAPPORT OBSTÉTRICIENS / OMNIPRATICIENS	% D'ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS PAR UN GYNÉCOLOGUE	% D'ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS PAR UN OMNIPRATICIEN	UNE AUTRE PERSONNE PEUT-ELLE REMPLACER LE PÈRE EN CH. N.	D'AUTRES PERSONNES (AMI/E/S PARENTS) SONT-ELLES ADMISES EN CHAMBRE DE NAISSANCE?	LES ENFANTS SONT-ILS ADMIS DANS LA CHAMBRE DE NAISSANCE	NOMBRE DE TRANSFERTS	% DE TRANSFERTS	RAISON PRINCIPALE DES TRANSF	COMBIEN DE TEMPS LA MÈRE PEUT-ELLE DEMEURER DANS LA CHAMBRE DE NAISSANCE APRÈS ACC.	COMBIEN DE TEMPS LE BÉBÉ RESTE-T-IL DANS LA CHAMBRE DE NAISSANCE?	PRINCIPALE INTERVENTION SUR LE BÉBÉ DANS LA CH. NAISS.	EST-CE QUE LA COHABITATION EST AUTORISÉE CHEZ VOUS?	DEPUIS QUAND?	CONDITION PRINCIPALE DE COHABITATION	SUITE À UN ACC. EN CH. NAISS. COUPLES ONT ACCEPTÉ PENDANT LE SÉJOUR À L'HÔPITAL?
A	450	110	24,5 %	0	11	0 %	0 %	100 %	oui	oui	varie md.	20	15,4%	fatigue	2 h	15 à 30 min	bain par le père	oui	4-5 ans	aucune	85%
B	491	75	15,25%	0	6	0 %	0 %	100 %	oui	oui	oui	12	13,8%	présent	2 h	1 à 2h	routine	oui	5 ans	pas visite	95%
C	2 522	58	2,29%	21	5	80,8%	80 %	-20 %	oui	oui	non	24	29,3%	arrêt trav	1 h+	1 h+	routine	oui	4 ans	bébé en santé	95%
D	1 572	179	11,4 %	5	24	17,2%	70 %	30 %	oui	oui	non	très peu		forceps	1 h	1 h	routine	oui	4 ans	bébé en santé	99%
E	1 820	310	17,03%	5	16	23,8%	75,5%	24,5%	oui	oui	oui	20	6,1%	2e phase prolongé	2 h	2 h	chaleur	oui	4 ans	bébé en santé	80%
F																					
G	1 128	50	4,43%	6	2	75,0%	4 %	96 %	oui	varie md.	varie md.	21	29,6%	change idée	3 h	1 h	bain	oui	3 ans	bébé en santé	80%
H	1 585	150	9,46%	10	13	43,5%	33,33%	66,66%	oui	varie md.	varie md.	15	9,1%	épidurale	2 h	2 h	routine	oui	4 ans	bébé en santé	98%

Tableau I (suite et fin)

	INTERVENTIONS DANS LA CHAMBRE DE NAISSANCE															POSITIONS						VÊTEMENTS				TRAVAIL	
HÔPITAL	LAVEMENT	RASAGE	INSTALLATION D'UN SOLUTÉ	RUPTURE DES MEMBRANES	INDUCTION DU TRAVAIL	ÉPISIOTOMIE	ANESTHÉSIE: BLOC HONTEUX	ANESTHÉSIE: ÉPIDURALE	ANESTHÉSIE: AUTRES	MONITORING FOETAL INTERNE	MONITORING FOETAL EXTERNE	RÉPARATION DES DÉCHIRURES	FORCEPS	INDICE D'INTERVENTION	DÉCUBITUS DORSAL	SEMI-ASSISE ET ASSISE	ACCROUPIE	À QUATRE PATTES	AUTRES	LA BLOUSE CHIRURGICALE	LES PANTOUFLES	LE MASQUE	LE CHAPEAU	LES FEMMES PEUVENT-ELLES CIRCULER LIBREMENT PENDANT TRAV.	LES FEMMES PEUVENT-ELLES MANGER ET BOIRE PENDANT TRAVAIL	SI OUI, JUSQU'À QUEL STADE?
A	C	B	D	C	B	B	A	A	B	A	A	[illegible]	B	28	0 %	90 %	9 %	0 %	1 % debout	non	non	non	non	oui	oui	ind.*
B	D	E	C	B	B	C	B	A	C	A	B	C	B	29	25 %	70 %	27 %		3 %	non	non	non	non	oui	oui	ind.
C	B	B	A	C	A	C	A	A	C	A	B	E	B	26	90 %		10 %			oui	non	non	non	oui	oui	4-5 cm
D	D	D	E	C	B	C	A	A	C	C	C	E	B	38		90 %		10 %		oui	oui	oui	oui	oui	oui	
E	D	D	B	C	B	D	D	A	B	B	B	E	B	36		99 %			sur côté 64 %	oui	non	non	oui	oui	oui	ind.
F																											
G	B	A	B	B	A	B	A	A	A	A	B	D	A	20	On ne tient pas de statistiques sur les positions					non	non	non	non	oui	oui	travail très actif
H	D	D	B	B	B	C	A	A	B	B	B	C	B	29	95 %	5 %				oui	non	non	non	oui	oui	ind.

LÉGENDE

A Jamais (0% des cas)
B Rarement (1 à 20% des cas)
C Habituellement (21% à 70% des cas)
D Souvent 71% à 99% des cas)
E Toujours (100% des cas)

* Indéterminé

d'obstétrique rejoints démontrent que cette situation ne s'est pas présentée souvent en 1981. En moyenne, le nombre de transferts oscille entre 18 et 19. Si nous prenons pour acquis que le nombre total des admissions à la chambre de naissance équivaut au nombre d'accouchements dans cette chambre plus le nombre de transferts, nous pouvons calculer la proportion qu'occupent les transferts dans l'ensemble des accouchements prévus pour la chambre de naissance. En moyenne, nous calculons que 12,95% des clientes admises en chambre de naissance ont dû être transférées. En plus de l'apparition de complications, les raisons évoquées sont très variées: du simple désir de la femme d'être déménagée, au besoin de césarienne, en passant par la fatigue, le désir d'épidurale, une présentation stationnaire, la nécessité de forceps, du monitorage foetal continu ou d'une réparation importante suite à une déchirure du périnée, un saignement abondant, la souffrance foetale ou encore une disproportion foeto-pelvienne.

Là encore, après analyse par régression linéaire, nous découvrons qu'il semble y avoir un lien direct entre le nombre de spécialistes dans une institution et le nombre de transferts. En effet, on n'a qu'à étudier le tableau pour remarquer cette tendance: plus il y a de gynécologues dans un centre hospitalier, plus le nombre de transferts est grand. Notons que cette corrélation, pour les raisons évoquées précédemment, indique une tendance plutôt qu'un résultat statistiquement significatif.

3.1.3 Le scénario de l'accouchement

La philosophie sous-jacente à la chambre de naissance tend vers la réduction des interventions médicales. On souhaite un plus grand contrôle de la mère sur son corps et son accouchement. Par contre, certains actes devenus routiniers subsisteront en dehors de la salle d'accouchement.

Avant de procéder à l'interprétation des résultats obtenus, notons que cette question posa quelques difficultés à nos informatrices et informateurs. À la question de la partie du questionnaire portant sur le scénario de l'accouchement (voir le questionnaire, page 317), le choix de réponse (c), est apparu assez ambigu. Il pouvait signifier 30% des fois, comme 69% des fois, ce qui, en fait, est très différent. Il faudra donc en tenir compte dans l'analyse des données.

Peu après l'arrivée de la femme en travail dans la chambre de naissance, on procède habituellement au lavement et, dans certains cas, au rasage. Par contre, un soluté est rarement installé; ceci élimine tout encombrement à la libre circulation de la femme. Pour la même raison, on n'utilise presque jamais le monitoring interne et un peu plus souvent l'externe.

Puisque la chambre de naissance a été conçue pour permettre à la femme de contrôler davantage son accouchement et pour lui fournir un lieu qui incite à la détente, l'induction du travail y est très

rarement pratiquée. Par contre, la rupture des membranes est chose "habituelle" dans quatre hôpitaux sur sept.

L'épisiotomie demeure un acte habituellement posé. S'il y a déchirure, la réparation se fait généralement dans la même pièce.

La femme qui donne naissance en chambre de naissance recherche souvent l'accouchement le plus naturel possible. Ainsi, du côté anesthésie, on tente de se limiter à une anesthésie locale, au besoin. Enfin, l'application de forceps est rarement faite en chambre de naissance, où l'on vise à ne pas bousculer la naissance de l'enfant.

A la lumière de ces résultats, nous pouvons établir un lien entre les interventions et les raisons de transferts: là où une intervention n'est jamais pratiquée en chambre de naissance, elle peut constituer une raison justifiant un transfert, lorsqu'elle devient nécessaire.

Nous voulions aussi savoir si le médecin utilisateur de la chambre de naissance influait sur la fréquence des interventions. Il se trouve que peu importe le médecin, c'est-à-dire qu'il soit gynécologue ou généraliste, il y a respect de la philosophie non interventionniste de la chambre de naissance, tant qu'il demeure dans cette pièce. Rappelons que nous avons constaté, plus haut, que les gynécologues font plus de transferts que les omnipraticiens.

Une autre raison d'être de la chambre de naissance est d'offrir aux utilisatrices un endroit où elles peuvent se sentir confortables. Partout, il leur est permis de circuler, de boire et de manger durant le travail, et ce, tant qu'elles en ressentent le besoin. Les mères ont aussi le choix d'accoucher dans la position qu'elles préfèrent et souvent, elles se déplacent, changent de position jusqu'à l'expulsion du bébé. Ce mouvement constant rend difficile aux départements d'obstétrique de tenir des statistiques concernant la position d'accouchement préférée de leur clientèle. Ainsi, pour faciliter la réponse à la question du scénario d'accouchement, nous avons dû définir la position dans laquelle les femmes accouchent comme étant celle qu'elles adoptent au moment de la délivrance. Ceci étant dit, nous constatons la popularité de la position semie assise. D'ailleurs, le lit "borning" (') favorise cette position. Quant à la position la moins adoptée, il est assez difficile de l'identifier. Il semble que les autres positions soient aussi utilisées les unes que les autres.

Les personnes instigatrices des chambres de naissance désiraient voir disparaître l'image pathologique qu'on se faisait de la grossesse et de l'accouchement. Ceci implique donc un relâchement du côté asepsie. Notre étude démontre pourtant une grande diversité dans les règlements d'habillement des personnes (autres que la mère) présentes dans la chambre de naissance. Trois centres

---

1. Pour une présentation sommaire de cette pièce d'équipement, voir page 301.

hospitaliers n'exigent le port d'aucun vêtement chirurgical, alors que deux requièrent que l'on se recouvre de tous les vêtements énumérés dans le questionnaire. Entre ces deux pôles, deux hôpitaux demandent le port de la blouse chirurgicale seulement et un troisième désire que l'on se coiffe aussi du chapeau chirurgical.

Ainsi se présente le déroulement approximatif de l'accouchement en chambre de naissance. Bien qu'il y ait de nombreuses différences, voire des contradictions entre les hôpitaux, on peut constater que ce qui distingue la chambre de naissance de la salle d'accouchement déborde du décor. Étant donné le type d'accouchement qui y a lieu, il est normal qu'on laisse plus de latitude à la mère. En fait, le principe précurseur était l'humanisation des soins: on a donc créé une pièce dans laquelle la femme ou le couple pouvait se sentir physiquement à l'aise et où les interventions se réduisent au minimum. Quant au personnel hospitalier, nous verrons davantage leur réaction et leur attitude dans la section qui traite de l'entrevue. Quant à leur rôle actif, leurs interventions sont beaucoup moindres que celles qu'ils effectuent en salle d'accouchement. De plus, elles perdent tout caractère systématique: sauf exception, on remet généralement la décision finale à la femme.

3.1.4 Le post-partum immédiat

Contrairement à ce qui se produisait traditionnellement en salle d'accouchement, la mère ou le couple peut rester dans la chambre de

naissance jusqu'à deux heures (en moyenne) après l'accouchement. Le nouveau-né est généralement laissé avec sa mère ou ses parents jusqu'à ce qu'elle ou ils quittent la pièce.

La plupart des centres hospitaliers procèdent aux interventions de routine sur le nouveau-né dans la chambre de naissance. Certains se limitent au bain, d'autres voient à lui procurer de la chaleur ou à le nourrir (au sein). Souvent, on propose au père (lorsque présent) de donner le bain à l'enfant.

Après une heure ou deux, la mère est menée à sa chambre et l'enfant à la pouponnière, où on procédera aux interventions routinières si elles n'ont pas encore été complétées. Dans tous les établissements sélectionnés, la cohabitation mère-enfant est permise, et ce, depuis en moyenne quatre ans. La principale (souvent la seule) condition: une bonne santé de la mère et de l'enfant. Aucun centre n'interdit la visite du père, mais un hôpital refuse l'entrée de tout autre visiteur ou visiteuse dans la chambre.

Enfin, s'inscrivant dans la veine des accouchements "naturels", la majorité des femmes qui accouchent en chambre de naissance (au moins 80%) ont allaité leur bébé pendant leur séjour à l'hôpital.

3.2 Synthèse des réponses obtenues suite aux entrevues (1)

Comme indiqué précédemment, nous avons interrogé les personnes ressources après leur avoir distribué le questionnaire par la poste. Pour cette étape, la totalité des établissements sélectionnés a accepté de nous rencontrer.

Plusieurs thèmes ont été abordés lors de ces échanges. Nous allons, dans les lignes qui suivent, faire le tour de chaque question, en commençant par la description des chambres de naissance visitées. Suivront les commentaires concernant les désirs des personnes rencontrées et l'organisation du travail du personnel qu'implique la chambre de naissance. Tout en dégageant les idées directrices de ces entrevues, nous tiendrons aussi compte des commentaires individuels. Ceci pour respecter et faire valoir les arguments et solutions de chacun et chacune.

3.2.1 La description de la chambre de naissance

Il est difficile de brosser un tableau "universel" de la chambre de naissance. Bien que certaines constantes se dégagent, chaque chambre a ses traits particuliers.

---

1. On trouvera la grille d'entrevue ayant structuré les échanges dans la partie de la présente annexe où sont présentés les outils ayant servi à l'étude, page 322.

Relevons toutefois les éléments notés partout, ou presque. En moyenne, chaque centre hospitalier a une seule chambre de naissance en opération. Toutes les chambres de naissance se situent sur le même plancher que les salles d'accouchement. Certaines sont adjacentes à une salle d'accouchement, alors qu'une autre voisine une salle d'opération.

La chambre de naissance est généralement une pièce plutôt petite, simplement décorée. Une seule, parmi les huit visitées, était aménagée en deux pièces soit: chambre plus boudoir. Chaque chambre a un cabinet de toilette, lui aussi assez petit. Seuls deux centres hospitaliers se sont dotés respectivement d'un bain et d'une douche.

Du côté décoration, les couleurs pastelles se font remarquer. Draps et rideaux ne sont jamais blancs...

Nos visites nous ont fait remarquer la popularité du lit "borning", de fabrication américaine. Ce lit simple, au matelas électriquement ajustable, se retrouve dans quatre des huit établissements visités. L'extrémité de ce lit, aux pieds de la parturiente, peut se retirer afin de permettre au médecin de travailler plus aisément. Les autres chambres de naissance sont équipées d'un lit double: soit de simples boîtes de bois, peintes, sur lesquelles repose le matelas, soit des lits plus luxueux dont on a enlevé les pattes. Souvent, des coussins ornent la tête du lit. Quant aux autres meubles, toutes les chambres de naissance ont au moins une chaise ou

un fauteuil, la berceuse gardant toujours sa popularité. Dans 50% des endroits visités, la femme ou le couple trouve à sa disposition un cassétophone, un stéréo ou un système de son.

Du côté équipement (oxygène, appareil à succion, plateau d'urgence, soluté), il est, dans la plupart des cas, invisible ou inexistant. Lorsque dissimulé, il se trouve dans un petit cabinet ou derrière des rideaux. Parfois, certains éléments de l'équipement sont laissés à l'extérieur de la pièce, près de la porte.

Les coûts qu'occasionna l'aménagement de chaque chambre de naissance varient d'un endroit à l'autre. Il est évident que là où l'on a dû créer une pièce, il en côuta davantage que là où l'on n'a eu qu'à réaménager une chambre. De plus, l'achat du lit "borning" hausse automatiquement les frais de 6 000 $ ou 7 000 $.

Le personnel de certains départements d'obstétrique a fait preuve d'ingéniosité et de débrouillardise dans la collecte de fonds nécessaires à l'aménagement de leur chambre de naissance: vente de billets pour tirages, dons (monétaires ou matériels) de la part des médecins, des infirmières ou de la clientèle, et bénévolat de groupes communautaires sensibilisés à l'humanisation des soins.

3.2.2 Les améliorations souhaitées

Bien que de façon générale les gens rencontrés semblent satisfaits de leur chambre de naissance, certains ont manifesté le désir de

voir se réaliser quelques améliorations: ajouter un bain, ouvrir une deuxième chambre de naissance, créer une maternité attenante au centre hospitalier, mettre moins de rigueur du côté asepsie, utiliser davantage la chambre de naissance.

Les voeux exprimés ne concernent toutefois pas uniquement des changements matériels. À un niveau plus théorique, on souhaiterait voir un changement dans la mentalité de la population, ce qui augmenterait l'utilisation de la chambre de naissance. Selon une de nos interlocutrices, les services offerts devancent les besoins de la population.

De façon générale, on reproche aux animatrices de rencontres prénatales de manquer d'objectivité et de ne pas présenter et préparer les femmes à tous les côtés de l'accouchement: on y présente le "naturel" comme étant la seule voie que doit suivre toute femme émancipée qui s'affirme. Ainsi, la cliente qui déroge de ce tracé se sentira donc coupable et inférieure. D'un autre côté, certaines infirmières réalisent que le rôle du médecin reste à démystifier: "il n'est pas la science infuse et la femme en couches est la seule qui ressente ce qui se produit chez elle. Sans rejeter son besoin d'être guidée, supportée, la femme devrait, en dernière instance, avoir le dernier mot, voire le contrôle de son accouchement...".

Un des médecins rencontrés dit rechercher une compatibilité entre les besoins des deux groupes, femmes et médecins. Selon lui, seules les exigences des premières se font entendre.

Enfin, une dernière intervenante nous révéla son désir de voir les étudiantes et étudiants du cégep avoir un cours à contenu plus pratique, qui permettrait des stages plus longs au sein des départements d'obstétrique (il semble qu'actuellement, les élèves n'y passent que quelques jours).

3.2.3 Ce en quoi la chambre de naissance répond aux demandes d'humanisation des soins

Dans la plupart des cas, la chambre de naissance a été instaurée suite aux demandes et pressions qu'ont exercées des femmes ou groupes de femmes. Suite à nos entrevues, nous pouvons affirmer sans hésitation que le personnel hospitalier se trouve généralement très satisfait, voire très fier de l'avènement de la chambre de naissance. De plus, on lui attribue de nombreux avantages, avantages qui répondent au besoin d'humanisation des soins: atmosphère chaleureuse et détendue, esprit familial, soins personnalisés qui dénotent un plus grand respect de la femme ou du couple, diminution des interventions. Les infirmières disent adopter en chambre de naissance un rôle fort différent de celui qu'elles adoptent en salle d'accouchement: plutôt que de dicter aux clientes leur comportement, elles agissent en qualité de conseillères ou personnes-ressources. Enfin, on allie paix, tranquillité et sécurité en permettant à la femme ou au couple de vivre le travail, l'accouchement et les quelques heures qui suivent dans la même pièce.

En fait, la principale différence entre la chambre de naisance et la salle d'accouchement notée par les personnes interrogées se situe non seulement au niveau de l'atmosphère créée par l'environnement physique, mais aussi du côté de l'attitude du personnel hospitalier: on s'attarde davantage aux besoins particuliers de chaque femme désireuse d'avoir son enfant en chambre de naissance. Dans un des hôpitaux visités, on distribue un questionnaire aux futures utilisatrices de la chambre. On y recherche des informations personnelles (situation économique, habitudes de vie, etc.) qui permettent au personnel de mieux connaître et comprendre les désirs de chaque cliente.

Nous nous devons toutefois de mentionner la réticence d'un individu interrogé. Bien qu'il reconnaisse l'atmosphère plus détendue de la chambre de naissance, ce médecin ne trouve pas une telle approche "confortable". Selon lui, la chambre de naissance n'existe que temporairement parce qu'elle répond à une mode et satisfait les besoins d'une partie minoritaire de la population.

3.2.4 L'organisation du travail autour de la chambre de naissance

L'avènement des chambres de naissance n'a changé en rien l'organisation du travail du personnel obstétrical: il n'y a pas d'infirmière assignée à la chambre de naissance. Toutes peuvent y travailler, laissant, bien sûr, la liberté de refuser à celles qui ne veulent pas y travailler. Sans formation spécifique à la pratique

en chambre de naissance, les infirmières respectent leur horaire habituel de travail ici aussi. Ce qui fait que la continuité dans les soins et services n'y est pas plus assurée qu'en salle d'accouchement.

Les raisons le plus souvent invoquées pour expliquer la non-réorganisation du travail autour de la chambre de naissance sont d'ordre syndical et pécuniaire.

Quant au retour à la maison, le fait d'avoir donné naissance en chambre de naissance ne semble pas le différencier des autres types d'accouchements. La mère, lorsqu'elle a quitté l'hôpital, est laissée seule et sans support véritable. Un seul centre hospitalier organise des réunions mensuelles avec les clientes qui ont accouché dans sa chambre de naissance.

Notons que les répondantes et répondants ont omis de traiter, dans leur réponse à cette question, du post-partum immédiat. Dans plusieurs hôpitaux, on donne des séances d'information au sujet de l'allaitement, du bain et des soins généraux que nécessite un nouveau-né. Dans une certaine mesure, ceci peut s'inscrire comme une forme de continuité. Un autre centre hospitalier nous informa qu'une fiche personnelle est commencée dans les cours prénatals, pour chaque cliente, et est transmise au personnel du département d'obstétrique pour l'accouchement et le post-partum.

3.2.5 Au sujet de la sage-femme

Y a-t-il une place pour une sage-femme dans votre établissement? Les réponses à cette question sont non seulement dichotomiques, mais il y a une nette divergence d'opinion entre les infirmières et les médecins.

La position des infirmières

Toutes les infirmières interrogées voient une place pour la sage-femme comme intervenante différente en santé-obstétrique. L'unanimité se dissipe lorsqu'on touche les conditions d'admission, la formation et le rôle qu'elle devrait jouer.

a) Les conditions

Il y a distinction dans la perception que l'on a des conditions d'admission de la sage-femme au sein de l'équipe obstétricale. D'une part, cette nouvelle intervenante ne sera la bienvenue que si elle ne reproduit pas l'image du médecin, c'est-à-dire que si elle ne prend pas en charge la femme ou le couple et son accouchement.

D'autre part, on ne souhaite pas voir s'ajouter une autre catégorie de professionnelles de la santé: seules les infirmières devraient avoir accès à cette formation.

Une dernière condition est plus évidente. Il faudra détenir, toujours selon les infirmières, l'accord des médecins et du personnel hospitalier ainsi que celui de la population. Il faudra éviter de brusquer celle-ci en la projetant dans un nouveau système sans préalablement la renseigner adéquatement ou encore, en passant à côté de ses besoins réels...

b) La formation

Sur cet aspect, deux positions s'opposent: d'un côté, on perçoit cette nouvelle profession comme une spécialisation, un prolongement du cours d'infirmière. Les tenantes de cette approche considèrent que les sages-femmes auront une formation plus complète, plus spécialisée, ce qui est plus sécuritaire "en l'absence du médecin". D'un autre côté, une personne interrogée imagine le cours ouvert à toute la population, tant aux infirmières qu'aux autres femmes; selon elle, les critères de sélection devraient s'attarder davantage à la personnalité et à l'attitude de la personne plutôt qu'à sa formation et à ses notes académiques. Elle ajoute qu'une expérience ou des connaissances en psychiatrie serait un atout important.

c) Le rôle

La sage-femme assurerait une continuité dans les soins apportés à une femme, du début de la grossesse à quelques années après la naissance de l'enfant. En charge des accouchements "normaux", c'est-à-dire sans risque, elle contribuerait à effacer l'image pathologique de l'accouchement et de la grossesse, et ce,

surtout dans les centres où il y a une unité de grossesses à risques. Cette "spécialiste des relations humaines" apporterait un support émotif et physique à la femme en couches. Elle jouerait un peu le même rôle que l'infirmière qui travaille actuellement en chambre de naissance, mais à un degré plus profond parce qu'elle irait plus loin et connaîtrait la cliente depuis le début de la grossesse.

La position des médecins

Des quatre médecins interrogés (trois obstétriciens et un omnipraticien), seul le généraliste considère qu'il existe une place pour la sage-femme dans son équipe. Selon lui, si la sage-femme se fait aussi disponible que le médecin, elle pourra alléger son travail, actuellement surchargé. Il affirme avoir entière confiance aux infirmières de son équipe et ajoute qu'il en serait de même pour la sage-femme.

Quant aux trois autres médecins, ils ne voient pas l'utilité d'une nouvelle intervenante en santé-obstétrique, et ce, pour diverses raisons. Pour l'un d'entre eux, le personnel actuel du département d'obstétrique du centre hospitalier est adéquat et ne nécessite pas la présence d'une autre professionnelle. Notons que le centre auquel il référait se spécialise dans les accouchements à risques élevés. Un autre chef de département se dit réticent à l'introduction d'une professionnelle additionnelle parce qu'il

craint des conflits entre les infirmières et les omnipraticiens, la clientèle de ces derniers étant celle visée par la sage-femme. Il ajoute que l'avènement de la sage-femme pourrait occasionner la dangereuse conséquence de réduire le champ d'action des gynécologues aux accouchements à risques, leur faisant ainsi perdre de vue la dimension humaine et naturelle de la naissance. Il est intéressant de noter la contradiction parfaite entre ce point de vue et celui des infirmières.

Enfin, un dernier spécialiste oppose un refus catégorique à la reconnaissance d'une sage-femme comme professionnelle en santé-obstétrique. Il considère que son manque de formation médicale en ferait une intervenante incompétente.

4. Synthèse générale

Au terme de cette étude, il ressort que l'implantation des chambres de naissance s'est faite en réponse aux demandes et pressions visant à modifier, dans le sens d'une plus grande humanisation, les pratiques entourant l'accouchement. Endossant une philosophie non-interventionniste, les professionnels qui ont utilisé ce nouveau lieu de naissance ont accepté, semble-t-il, d'y modifier leur pratique. On note en effet une volonté de réduire les interventions. Toutefois, le taux d'utilisation demeure faible. Nos données ne nous permettent pas d'y apporter une explication.

De façon générale, on a observé que le personnel travaillant dans les chambres de naissance sont satisfaits de l'aménagement d'un tel lieu dans leur centre hospitalier. Ils voient cependant de nombreuses améliorations à apporter, tant du côté matériel, qu'afin d'y mieux affirmer l'humanisation des soins. Quant à la place éventuelle que pourraient y occuper les sages-femmes, elle est acquise pour les infirmières - bien que l'unanimité soit à faire sur les prérequis d'accès à cette profession - et peu nécessaire pour les médecins.

ADDENDUM

Outils utilisés dans la réalisation de l'étude sur les chambres de naissance

1. Lettre ayant servi à solliciter la collaboration des personnes sélectionnées.

Québec, le 12 mars 1982

Cher Monsieur, Chère Madame,

Lors du dépôt du rapport Égalité et Indépendance (1978) le Ministère de l'Éducation s'est engagé à donner suite aux recommandations adressées à son Ministère. L'une de ces recommandations, relative à la "création d'un programme d'étude de spécialisation en obstétrique pour les infirmières", a donné lieu à la formation d'un comité. Il regroupe les représentantes des ministères concernés par la mise en place d'une éventuelle intervenante en santé obstétrique (sage-femme) au Québec.

Pour mieux situer l'objet de sa recherche, le comité a tracé l'historique du mouvement visant à humaniser les soins en périnatalité. Dans un premier temps, il a répertorié les interventions gouvernementales, puis celles d'ordre extra-gouvernementales. Il voudrait, dans un deuxième temps, dénombrer les réponses institutionnelles se rapportant à ce vaste mouvement. Quels sont les efforts d'humanisation consentis par les établissements où se vit le processus de la naissance?

Il nous apparaît que l'implantation de "chambres de naissance" par quelques hôpitaux de la province est un moyen concret d'offrir à la clientèle une alternative au problème de déshumanisation de l'accouchement. Nous avons sélectionné pour notre démonstration les établissements qui ont une chambre de naissance en opération depuis environ un an. La vôtre répond à ce critère.

Quelques données nous seraient fort utiles et nous apprécierions grandement que vous nous les fournissiez. Vous trouverez, jointe à cette lettre, la liste des renseignements que nous

.../

aimerions connaître afin de mieux brosser le tableau des chambres de naisance du Québec. Nous communiquerons avec vous par téléphone vers le 17 mars prochain afin de prendre rendez-vous pour recueillir vos chiffres et visiter si c'est possible votre chambre de naissance.

Vous remerciant à l'avance de votre précieuse collaboration.

Louise Saulnier
pour le comité "sage-femme"
Ministère de l'Éducation
Édifice "G" - 14e étage
1035, De La Chevrotière
Québec, QC
G1R 5A5
643-3241

2. Questionnaire utilisé dans l'étude.

POUR UNE DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE DES CHAMBRES DE NAISSANCE

SITUATION GÉNÉRALE

1. Depuis combien de temps offrez-vous la possibilité d'accoucher dans une chambre de naissance? _____

2. Nombre d'accouchements dans l'hôpital en 1981? _____

3. Nombre d'accouchements dans la chambre de naissance en 1981? _____

4. Nombre de gynécologues-obstétriciens dans l'hôpital? _____

5. Nombre d'omnipraticiens qui font de l'obstétrique dans l'hôpital? _____

UTILISATION

1. Quelles sont les principales conditions d'admission à la chambre de naissance?
(s.v.p. joindre une copie du protocole d'admission à la chambre de naissance) _____
_____
_____

2. Par qui les conditions d'admission sont-elles définies? (Cochez)
chaque médecin utilisateur ___
département d'obstétrique ___
conseil des médecins et dentistes ___
autres (précisez) ___

3. En chambre de naissance, en 1981, combien d'accouchements ont été assistés par: a) un gynécologue _____
b) un omnipraticien _____

4. Une autre personne peut-elle être admise pour remplacer le père dans la chambre de naissance?
   oui ___
   non ___
   varie selon le médecin ___

5. Outre le couple, d'autres personnes (ami/e/s, parents) sont-elles admises dans la chambre de naissance?
   oui ___
   non ___
   varie selon le médecin ___

6. Les enfants sont-ils admis dans la chambre de naissance?
   oui ___
   non ___
   varie selon le médecin ___

7. Combien de femmes, ayant commencé leur travail en chambre de naissance, ont-elles été transférées en salle d'accouchement?
   _____

8. Quelles sont les raisons les plus fréquentes de ces transferts? (par ordre décroissant)
   _____
   _____
   _____

SCÉNARIO DE L'ACCOUCHEMENT

1) Pour chacune des interventions énumérées ici, indiquer si elles sont posées:
A) jamais (0% des cas) B) rarement (1 à 20% des cas) C) Habituellement (21 a 70% des cas)
D) souvent (71 à 99% des cas) E) toujours (100% des cas)

	A	B	C	D	E
- Lavement	–	–	–	–	–
- Rasage	–	–	–	–	–
- Installation d'un soluté	–	–	–	–	–
- Rupture des membranes	–	–	–	–	–
- Induction du travail	–	–	–	–	–
- Épisiotomie	–	–	–	–	–
- Anesthésie: bloc honteux	–	–	–	–	–
épidurale	–	–	–	–	–
autres	–	–	–	–	–
- Monitoring foetal: interne	–	–	–	–	–
externe	–	–	–	–	–
- Réparation de déchirures dans chambre de naissance	–	–	–	–	–
- Forceps	–	–	–	–	–

320

SCÉNARIO DE L'ACCOUCHEMENT (suite)

2. Dans quelle position les femmes accouchent-elles? Pour chaque position énumérée, indiquer le pourcentage d'utilisation
   1) 1% à 25% 2) 26% à 50% 3) 51% à 75% 4) 76% à 100%

	1	2	3	4
- Décubitus	_	_	_	_
- Semie assise	_	_	_	_
- Accroupie	_	_	_	_
- À quatre pattes	_	_	_	_
- Autre	_	_	_	_

3. Les personnes présentes dans la chambre de naissance doivent-elles porter:	Oui	Non
- La blouse chirurgicale	_	_
- Les pantoufles	_	_
- Le masque	_	_
- Le chapeau	_	_

4. Les femmes ont-elles la possibilité de circuler librement pendant le travail?	_	_
5. Les femmes sont-elles autorisées à manger et à boire pendant le travail? Si oui, jusqu'à quel stade?	_	_

SCÉNARIO DE L'ACCOUCHEMENT (fin)

6. Combien de temps la mère/le couple peut-elle/il demeurer dans la chambre de naissance après l'accouchement? _____

7. Dans les conditions normales, combien de temps le bébé reste-t-il dans la chambre de naissance avant d'être conduit en pouponnière pour observation? _____

8. Quelles sont les interventions de routine réservées à l'enfant pendant son séjour en chambre de naissance?
_____
_____
_____
_____
_____

POST-PARTUM IMMÉDIAT

1. Est-ce que la cohabitation est autorisée chez vous? Oui ___ Non ___

Depuis quand? _____
A quelles conditions? _____
_____
_____
_____

2. Suite à un accouchement en chambre de naissance, combien de femmes ont allaité leur bébé pendant leur séjour à l'hôpital? _____

NOM DE L'HOPITAL _____

3. Grille d'entrevue utilisée dans l'étude.

Hôpital: _____

Entrevue réalisée avec: _____

ENTREVUE

1. Description de la chambre de naissance

_____

_____

a) Coûts

_____

b) Équipement:

visible _____

invisible oxygène ____

appareil à succion ____

plateau d'urgence ____

solutés ____

c) Décoration

_____

_____

2. Améliorations souhaitées

_____

_____

_____

3. En quoi cette chambre de naissance répond-elle aux besoins d'humanisation des soins?

_____

_____

4. Formation des infirmières assignées à la chambre de naissance

_____

_____

5. Est-ce que le travail est organisé de façon spéciale?

_____

_____

6. Comment le personnel hospitalier assure-t-il une continuité?

_____

_____

7. Y a-t-il place pour une sage-femme dans l'hôpital?

oui _____

non _____

Coordination à la

condition féminine - M.E.Q.

_____

mars 1982

ANNEXE III

PROBLÉMATIQUE DES RÉGIONS ISOLÉES:
LE CAS PARTICULIER DU NOUVEAU-QUÉBEC

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	331
1. Quelques caractéristiques démographiques des populations autochtones	332
1.1 la population inuit	332
1.2 la population crie	337
2. Les services de santé chez les populations autochtones	341
2.1 les structures	341
2.2 les services de santé maternelle	343
3. La place de la sage-femme en régions isolées	346
3.1 Les expériences américaines	346
3.2 Solutions québécoises	350
CONCLUSION	352
BIBLIOGRAPHIE	355
CARTE GÉOGRAPHIQUE	
Localisation des communautés amérindiennes et inuit du Québec	333
TABLEAUX	
1. Population inuit du Québec arctique, certains groupes d'âge et sexe, 1er janvier 1979	335
2. Population indienne du territoire Cri, Nouveau-Québec, groupes d'âge et sexe, 31 décembre 1979	339

Page

GRAPHIQUES

1. Pyramide des âges, Inuit du Québec arctique 1979, Québec 1981 ... 336

2. Pyramide des âges, population indienne du territoire Cri, Nouveau-Québec, 1979, Québec 1981..... 340

INTRODUCTION

La question des régions isolées mérite un regard particulier et repose essentiellement sur le critère d'accessibilité aux services professionnels de la sage-femme.

L'isolement se définit par des conditions d'accès: moyen de transport unique soit par mer, soit par air. Or, à cause des conditions climatiques, au cours des périodes de gel et de dégel, par exemple, il arrive que ces régions soient complètement coupées du reste du Québec. Par ailleurs, les régions isolées ont comme caractéristique de compter une forte proportion de population autochtone. Bien qu'une partie de la Côte-Nord, essentiellement à l'est de Mingan, puisse être considérée comme une région isolée, la problématique développée ne traite que du Nouveau-Québec.

Le Nouveau-Québec regroupe 6 736 Cris et 4 580 Inuit, en 1977 [1] et 5 596 Amérindiens sur la Côte-Nord, en 1978.

Cette population est répartie sur de vastes territoires. En 1980, la densité du Nouveau-Québec est de 0,01h/km^2 soit une densité nettement en-deçà du 4,12 h/km^2 pour l'ensemble de la province et du 114,28 h/km^2 de la grande région

1 Ministère des Affaires Indiennes et du Nord, Canada, cité dans "Annuaire du Québec 1979-1980", Bureau de la Statistique du Québec, 1981.

de Montréal 2. Ce territoire est le plus étendu et le moins densément peuplé de tout le Québec.

1. Quelques caractéristiques démographiques des populations autochtones

1.1 La population Inuit

Peu de données et peu de recherches existent sur les Inuit. L'essentiel des commentaires qui suivent est inspiré d'une étude récente de Duval et Thérien 3 sur les Inuits du Québec arctique.

Les Inuit occupent la partie la plus septentrionale du Québec 4.

En 1981, la population Inuit est de 5 026 dont 48,5% de femmes 5. Depuis 1977, la population totale a augmenté de 9,7%; depuis 1955 environ, elle a augmenté de près de 150%.

---

2 B.S.Q. "Annuaire du Québec 1979-1980", 1981, p. 207, tableau 11.

3 Duval, B. et Thérien F., Natalité, mortalité et morbidité chez les Inuit du Québec arctique, in "Recherches amérindiennes au Québec", volume XII, no. 1, 1982, p. 41-50.

4 Voir la carte, page (334).

5 Ministère des Affaires sociales, Service du Nouveau-Québec et des communautés autochtones.

LOCALISATION DES COMMUNAUTÉS AMÉRINDIENNES ET INUIT DU QUÉBEC

DIRECTION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET DES SERVICES AUX COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, 1981

SERVICE DU NOUVEAU QUÉBEC ET DES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Une caractéristique importante des Inuit est la jeunesse de sa population: 60% des effectifs a moins de 20 ans, en 1979 comparativement à 31,3% pour le Québec en 1981 [6]. Les femmes de 15-49 ans au nombre de 1 004 représentent 20,9% de la population totale et 43,0% de la population féminine.

La structure démographique s'explique d'une part par un taux de natalité élevé, marquant toutefois une tendance à la baisse, de 36,4 0/00 pour la période 1973-1979, comparativement à 15,9 0/00 au Québec en 1979, et d'autre part par un taux de mortalité relativement faible, 7,6 0/00 pour la période 1973-1979, comparativement à 6,8 0/00 au Québec en 1979. Le taux de mortalité ajusté en fonction de l'âge ramène le taux de mortalité des Inuit à 13,1 0/00, taux relativement élevé. C'est ce dernier taux qui doit prévaloir puisque la mortalité est sensible à la structure par âge d'une population.

Par ailleurs, la mortalité infantile est particulièrement élevée: 58,2 0/00 pour la période 1973-1979, comparativement à 10,3 0/00 au Québec en 1979. Duval et Thérien soulignent que la mortalité périnatale est légèrement plus élevée que celle du Canada: 28,7 0/00 pour les Inuit en 1974-1979 et 15,4 0/00 au Canada en 1976.

La mortalité post-périnatale (entre le 7e jour et le 365e jour) est de 43,6 0/00 en 1974-1979 pour les Inuit du Québec arctique comparativement à 4,9 0/00 pour la population canadienne de 1976. Les principales causes de

6 Voir le tableau 1, page (335), et le graphique 1, page (335 bis).

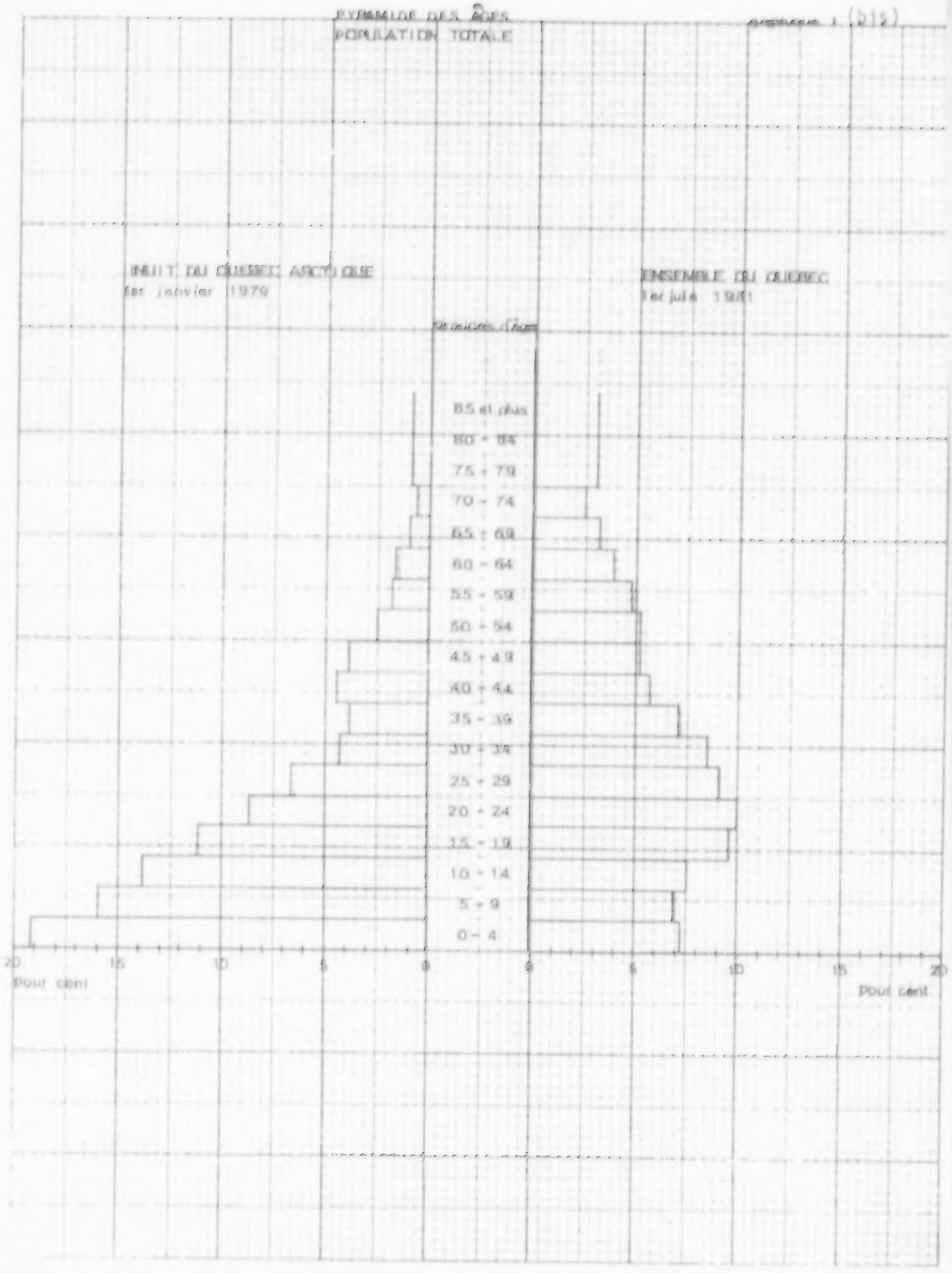
Tableau 1

Population inuit du Québec arctique, groupes quinquennaux d'âge, par sexe, 1er janvier 1979

Groupes d'âge	Hommes	Femmes	Total	Total en pourcentage	Québec 1981 %*
0-4	481	436	917	19,2	7,3
5-9	395	373	768	16,0	6,9
10-14	345	313	658	13,7	7,5
15-19	270	265	535	11,2	9,6
20-24	205	207	412	8,6	10,0
25-29	167	149	316	6,6	9,1
30-34	96	108	204	4,3	8,5
35-39	85	97	182	3,8	7,2
40-44	123	93	216	4,5	5,7
45-49	97	85	182	3,8	5,3
50-54	62	59	121	2,5	5,3
55-59	45	40	85	1,8	4,8
60-64	39	37	76	1,6	3,9
65-69	20	27	47	1,0	3,3
70-74	12	16	28	0,6	2,5
75-79	10	17	27	0,5	
80-84	4	7	11	0,2	3,1
85 +	0	2	2	0,1	
TOTAL	2 456	2 331	4 787	100,0	100,0

Source: Thérien, François, Projet Nord, DSC du CHUL.

* Recensement 1981: données non encore publiées, août 1982.


PYRAMIDE DES ÂGES
POPULATION TOTALE
85 et plus
80 - 84
75 - 79
70 - 74
65 - 69
60 - 64
55 - 59
50 - 54
45 - 49
40 - 44
35 - 39
30 - 34
25 - 29
20 - 24
15 - 19
10 - 14
5 - 9
0 - 4
20
15
10
5
0
0
5
10
15
20
Pour cent
Pour cent

décès infantiles rapportés sont la prématurité, la pneumonie et la méningite. Les décès dus aux maladies périnatales représentent 11,2% de toutes les causes de décès, quel que soit l'âge du décès, pour la période 1974-1979, comparativement à 1,2% au Québec en 1975.

1.2 La population crie

La population crie habite la partie sud du Nouveau-Québec (carte) autour de la Baie-James.

L'essentiel de l'exposé est inspiré d'une étude récente de Bernèche [7]. En 1978, il y avait au Québec 30 723 Indiens répartis dans 39 bandes. De cette population, 24 220 vivent dans des réserves, soit 78,8%, 796 vivent sur des terres de la Couronne, 2,6% alors que 5 707 habitent hors des réserves, soit 18,6%.

Au 31 décembre 1979, le Nouveau-Québec comptait 7 139 Indiens Cris, soit un accroissement brut de 5,37% par rapport à 1977. La moitié de la population est composée de femmes (50,1%).

Au Nouveau-Québec les moins de 20 ans représentent 53,8% de la population crie totale. Pour l'ensemble du Québec, en 1981, les 0 - 20 ans comptent

---

7 Bernèche, Francine, "Mortalité et morbidité hospitalière de la population du territoire Cri, 1975-1977", Annexe I du rapport annuel 1980-1981, Module Nord, DSC de l'Hôpital Général de Montréal, octobre 1980, 47 pages.

pour 31,3% des effectifs. Les femmes de 15-49 ans, au nombre de 1 662, représentent 23,3% de l'effectif total et 46,5% de la population féminine [8]. Cette structure par âge s'explique en partie par un taux de mortalité élevé 35,6 $^{0}/_{00}$ en 1977 mais marquant toutefois une tendance à la baisse.

En 1976, le taux brut de mortalité soit 6,8 $^{0}/_{00}$, de la population autochtone du territoire cri est légèrement inférieur au taux observé du Québec la même année, soit 7,0 $^{0}/_{00}$. Cependant, le taux brut de mortalité est particulièrement sensible à la composition par âge. Standardisé à la structure par âge de la population crie, le taux de mortalité du Québec donne un taux comparatif de 4,3 $^{0}/_{00}$. La mortalité des Cris est donc largement supérieure à celle de la population québécoise.

Le taux de mortalité infantile était, pour la même année, de 19,9 $^{0}/_{00}$ et supérieur au taux québécois de 1976 qui était de 11,5 $^{0}/_{00}$. Bernèche fait remarquer que le taux de mortalité infantile des Cris est sous-estimé en raison des retards d'enregistrements de l'événement et à cause du faible nombre de décès observés.

Le taux annuel moyen de fréquentation hospitalière selon le diagnostic "grossesses, accouchements et suites de couches" (à l'exception de la naissance) est de 571 pour 10 000 comparativement à 196 pour 10 000 du Québec pour la période 1975-1977. Le taux annuel moyen de fréquentation hospitalière selon

8 Voir le tableau 2, page (339), et le graphique 2, page (339 bis).

Tableau 2

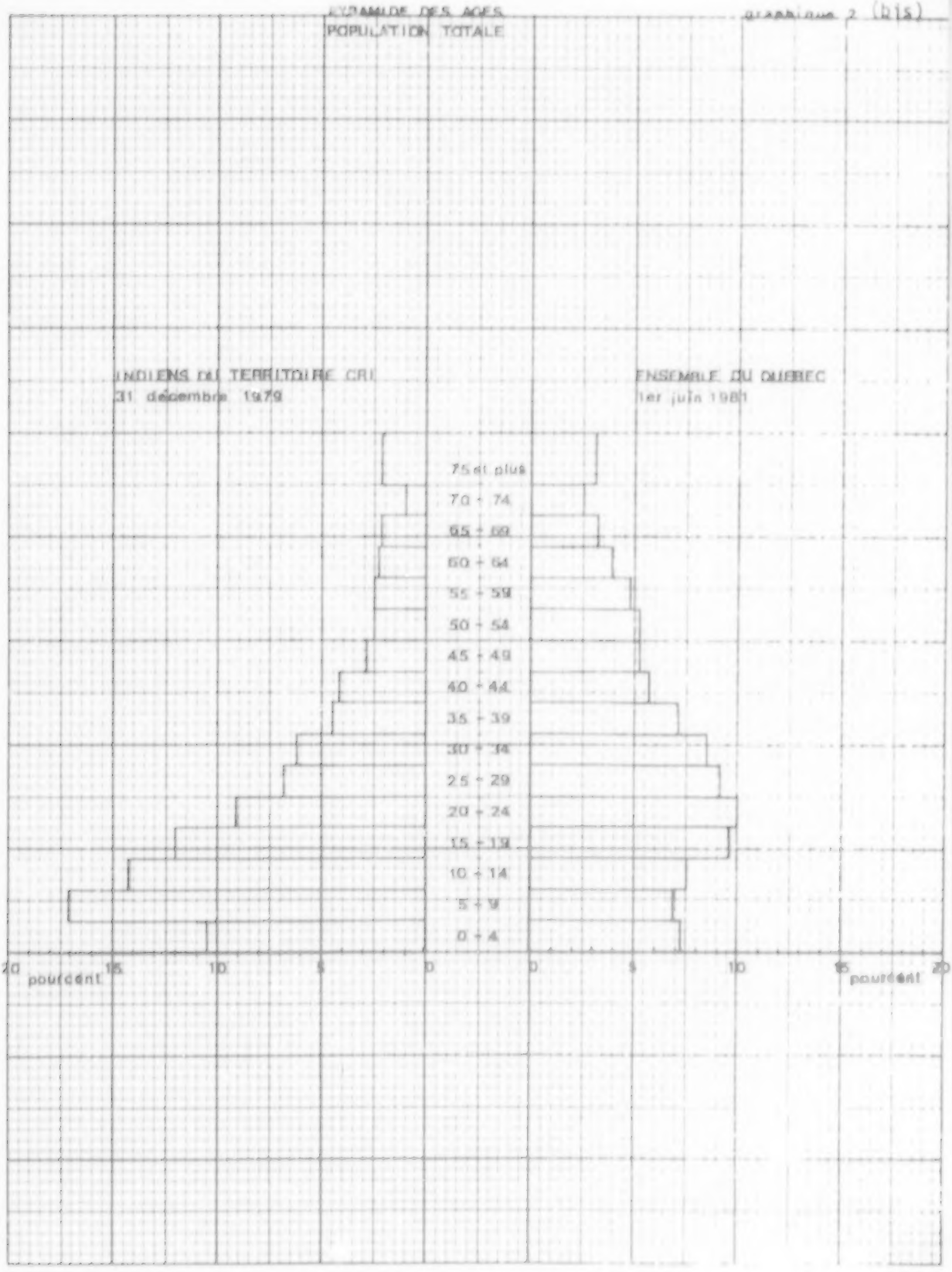
Population indienne du territoire Cri, Nouveau-Québec

par groupes d'âge et par sexe, 31 décembre 1979

Groupes d'âge	Hommes	Femmes	Total	Total en pourcentage	Québec* 1981 %
0-4	368	383	751	10,5	7,3
5-9	614	608	1 222	17,1	6,9
10-14	527	485	1 012	14,2	7,5
15-19	419	438	857	12,0	9,6
20-24	311	342	653	9,1	10,0
25-29	236	247	483	6,8	9,1
30-34	219	220	439	6,2	8,5
35-39	143	181	324	4,5	7,2
40-44	144	146	290	4,1	5,7
45-49	115	88	203	2,8	5,3
50-54	95	83	178	2,5	5,3
55-59	87	93	180	2,5	4,8
60-64	83	80	163	2,3	3,9
65-69	86	68	154	2,2	3,3
70-74	45	28	73	1,0	2,5
75 +	71	86	157	2,2	3,1
TOTAL	3 563	3 576	7 139	100,0	100,0

Source: BERNECHE, Francine, Mortalité et morbidité hospitalière de la population du territoire Cri 1975-1977, Annexe I, Tableau 1.1, page 36.

* Recensement 1981, données non encore publiées, août 1982.


PYRAMIDE DES AGES
POPULATION TOTALE
graphique 2 (h15)
INDIENS du TERRITOIRE CRI
31 décembre 1979
ENSEMBLE DU QUEBEC
1er juin 1981
75 et plus
70 - 74
65 - 69
60 - 64
55 - 59
50 - 54
45 - 49
40 - 44
35 - 39
30 - 34
25 - 29
20 - 24
15 - 19
10 - 14
5 - 9
0 - 4
20
pourcent
15
10
5
0
0
5
10
15
pourcent
20

la catégorie d'opérations et de traitements "actes obstétricaux" est de 549 pour 10 000 comparativement à 295 pour 10 000 du Québec pour la période 1975-1977.

2. Les services de santé chez les populations autochtones

2.1 Les structures

La signature de la convention de la Baie-James et du Nord québécois a modifié la configuration des services de santé en région isolée, spécifiquement donc pour les Inuit et les Cris.

Cette convention a créé le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et le Conseil régional Katiwik de la santé et des services sociaux.

Le Conseil cri est habilité, en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux [9] à créer et à administrer quatre types d'établissement: un centre hospitalier (CH), un centre local de services communautaires (CLSC), un centre de services sociaux (CSS) et un centre d'accueil (CA). Contrairement aux autres établissements du Québec, leur délimitation territoriale est basée sur des considérations ethniques plutôt que géographiques, bien que la majeure

9 L.R.Q., chapitre S-5. Loi sur les services de santé et les services sociaux.

partie du territoire soit située dans la région du Nouveau-Québec, sous-région 10B, à l'exception des territoires de Mistassini (Saguenay-Lac-St-Jean) et de Waswanipi (Abitibi-Témiscamingue). Un seul hôpital est rattaché au Conseil cri: le centre hospitalier de Chisasibi, lequel dispense des services de santé via ses dispensaires. Le centre hospitalier de Chibougamau (Saguenay-Lac-St-Jean) rejoint les populations de Mistassini et de Waswanipi alors que le centre hospitalier de Matagami dessert la clientèle de Némiscau.

Le Conseil régional Kativik possède la même vocation que les autres centres régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS) du Québec et est administré par les Inuit. Ce centre régional dessert les villages inuit de la région du Nouveau-Québec (nord du 55ème parallèle, sous-région 10A). Avec le parachèvement du centre hospitalier Hudson, deux centres hospitaliers, l'autre étant celui d'Ungava, et leurs dispensaires satellites assurent les services de première ligne aux populations inuit.

Les services de santé de deuxième et troisième ligne sont dispensés par le centre hospitalier de l'Université Laval, parfois aussi par l'Hôpital général de Montréal et l'Hôpital Ste-Justine pour les patients Inuit de l'Ungava. Les Inuits de la Baie d'Hudson sont dirigés soit à Montréal, soit à l'Hôpital général de Moose Factory en Ontario. En cas d'urgence, les évacuations se font vers Frobisher Bay tant pour les patients de la Baie d'Ungava que pour ceux du Détroit d'Hudson.

Les patients cris sont pris en charge par l'Hôpital général de Montréal ou encore par le centre hospitalier de Val d'Or (Hôpital St-Sauveur). Par contre, à cause d'une tradition établie, ces populations vont encore à Moose Factory, Ontario.

Les aspects préventifs des services de santé en milieu nordique sont techniquement soutenus par les départements de santé communautaire (DSC) de ces deux centres hospitaliers soit pour le DSC du CHUL, le Projet Nord et pour le DSC de l'hôpital général de Montréal, le Module du Nord Québécois.

2.2. Les services de santé maternelle

C'est le personnel infirmier des dispensaires qui prodiguent les soins prénatals et postnatals avec la collaboration des omnipraticiens de l'hôpital responsable. Ces médecins font des visites itinérantes spécialement auprès des femmes dont la grossesse pourrait présenter certaines pathologies. Ce sont eux qui décident de l'évacuation vers le Sud pour qu'elles puissent recevoir des soins plus spécialisés. Tous les cas normaux sans complication sont suivis par les infirmières.

Des programmes de santé maternelle et infantile sont élaborés en collaboration avec les départements de santé communautaire soit du CHUL, soit de l'Hôpital général de Montréal, selon les secteurs de responsabilité.

Les accouchements des patientes cries se font à l'hôpital de Chisasibi, à l'hôpital général de Moose Factory (Ontario) et aussi à Val d'Or (Hôpital St-Sauveur) et Montréal (Hôpital général de Montréal et Hôpital Royal Victoria).

Les accouchements normaux des patientes de l'Ungava se font à Kuujjuaq. Pour ce même secteur de l'Ungava, les grossesses à risque sont envoyées à Québec (Hôpital St-François d'Assise) parfois à Montréal. Les femmes enceintes du secteur Hudson sont dirigées vers Moose Factory (Ontario) et parfois vers Montréal. Les femmes y sont transférées un mois environ avant la date prévue de l'accouchement, les conditions climatiques précaires de ces régions rendent l'évacuation plus tardive aléatoire. À ce mois, s'ajoute le séjour en post-partum, les conditions climatiques peuvent imposer des délais de retour, ce qui prolonge d'autant l'absence du foyer familial.

Les femmes ainsi déplacées bénéficient d'un service de transport, d'hébergement d'accompagnement pour les visites médicales de même que d'un interprète.

Le Nouveau-Québec ne compte aucun spécialiste en obstétrique-gynécologie et 12 médecins omnipraticiens [10] soit moins de 1% des effectifs médicaux au Québec.

---

10 Corporation professionnelle des médecins du Québec, Les effectifs médicaux au Québec, Situation de 1978 à 1980 et projection pour 1984, novembre 1981, p. 53, tableau VII.

La corporation professionnelle des médecins 11 prévoit que 44 nouveaux spécialistes exerceront la gynécologie-obstétrique au Québec en 1984 et qu'aucun de ceux-ci n'exerceront sur la Côte-Nord et au Nouveau-Québec. Par ailleurs, de 1981 à 1984, il devrait y avoir trente et un nouveaux omnipraticiens sur la Côte-Nord et cinq nouveaux omnipraticiens au Nouveau-Québec, sur un effectif total prévu de 1 210 nouveaux omnipraticiens, soit 2,56% du total pour la Côte-Nord et 0,41% pour le Nouveau-Québec. En 1984, les effectifs médicaux de la Côte-Nord et du Nouveau-Québec représenteront respectivement 1,64% et 0,27% des effectifs d'omnipraticiens du Québec, ce qui représente une très légère augmentation par rapport à 1980.

On peut donc affirmer que les populations Nouveau-Québec sont moins bien pourvues quant à l'accès aux services de santé et d'obstétrique plus spécifiquement et le seront encore dans l'avenir. Ceci en particulier à cause des déplacements vers le Sud, dans un milieu étranger. Certes, la construction du centre hospitalier Hudson améliorera l'accessibilité aux services de santé pour les populations de ce secteur. Cette constatation ne met toutefois pas en cause la qualité des services disponibles dispensés en régions éloignées. Il s'agit plutôt d'accessibilité quantitative en terme de personnel infirmier, médecins et autres services auxquels ont accès les autres québécois.

---

11 Corporation professionnelle des médecins, op. cit., p. 94, tableau XL et p. 97, tableau XLI; p. 68, tableau XXIV.

3. La place de la sage-femme en régions isolées

Il y a certes une place pour la sage-femme en régions isolées.

3.1 Les expériences américaines

Des expériences ont été menées, aux États-Unis, dans des régions rurales mal servies en ressources médicales: au Texas, en Californie et au Kentucky. A bien des égards, ces expériences se sont révélées fort intéressantes.

3.1.1 La maternité de El Paso au Texas 12

Ouverte en 1976, cette maternité visait à répondre aux besoins des femmes désireuses d'accoucher à leur domicile. Très vite, avec ces centres satellites, cette maternité a comblé une carence de soins prénatals et d'accouchements pour les hispanophones de cette région. Ces femmes d'origine mexicaine ne fréquentaient pas les services médicaux faute de ressources financières et à cause de la barrière linguistique. Comme l'alternative pour ces femmes, avant la création de maternité était une quasi absence de soins médicaux, la maternité accepte même les femmes considérées à risque élevé. La sage-femme fait le suivi de grossesse et s'assure d'un support médical le cas échéant. La sage-femme accompagnera sa cliente à l'hôpital si besoin il y avait.

---

12 Mc Callum, W.T., The Maternity Center at El Paso, in "Birth and the Family Journal", volume 6, no. 4, hiver 1979, pp. 259-266.

Le personnel de la maternité est composé de sage-femme (Associate Midwife), d'interne sage-femme et d'étudiante. La directrice du Centre est également sage-femme. La Maternité d'El Paso peut recevoir 30 naissances par mois. On y assure le suivi prénatal complet, on y fait les accouchements. La sage-femme assure le suivi postnatal par des visites au domicile de la mère au lendemain de la naissance; la mère et son enfant se présentent à la maternité au moins trois fois après la naissance et la sage-femme fait également trois rappels téléphoniques entre la troisième et la cinquième semaine de la naissance.

Des 518 femmes qui ont accouché au centre, aucune n'est décédée, il y eut deux morts foetales et trois décès d'enfants de moins de 3 jours. La mortalité périnatale estimée est de 7,72 0/00.

Compte tenu de la mauvaise alimentation de la population desservie par la Maternité d'El Paso, compte tenu des mauvaises conditions socio-économiques générales de cette population, l'état de santé des mères et des enfants peut être considéré comme satisfaisant. L'expérience d'El Paso est venu combler un manque total de soins, en particulier de soins prénataux et postnataux pour les femmes de cette région.

3.1.2 Le Frontier Nursing Service [13]

Le Frontier Nursing Service existe depuis 1925 dans une région rurale du Kentucky à Hyden plus précisément. Cette région éprouvait une carence en personnel médical, c'est ainsi que des infirmières sages-femmes ont été choisies pour dispenser les soins prénataux, postnataux et des accouchements normaux. 60% des accouchements ont lieu à domicile et les autres à l'hôpital, dans ce dernier cas, c'est la sage-femme qui fait l'admission et assiste les accouchements. La sage-femme confie à l'obstétricien ou au pédiatre ces cas présentant des complications. C'est ainsi que 90% des naissances surviennent en présence de la sage-femme. Le taux de mortalité néonatale moyen pour la période 1954-1974 est de 14,8 $^{0}/_{00}$ au Frontier Nursing Service comparativement à 17,8 $^{0}/_{00}$ pour l'État du Kentucky. La mortalité maternelle est nulle depuis 1954 jusqu'en 1974 alors qu'elle était de 11 décès pour 10 000 accouchements entre 1925 et 1954. La mortalité maternelle au Kentucky est de 2,8 pour 10 000 naissances vivantes pour la période 1954-1974.

Les résultats obtenus au Frontier Nursing Service sont donc comparables à ceux obtenus dans le reste de l'État du Kentucky sinon meilleurs compte tenu de la pauvreté de la région. La sage-femme y assure la continuité des soins prénataux et postnataux. Ailleurs dans l'État, ce travail est effectué par des médecins spécialistes.

---

13 Laurendeau, F., "Accoucher à l'hôpital", Thèse de maîtrise en sociologie, Université de Montréal, section 4.2.1.

3.1.3 L'expérience de Modera en Californie 14

Modera est un comité rural de Californie. Au début de l'expérience, en 1960, le comité ne disposait pas de services adéquats en obstétrique. Aucun des médecins attachés à l'hôpital du comité n'avait de formation en obstétrique. Pour combler cette lacune, des infirmières-sages-femmes, ayant une expérience clinique, reconnues par l'American College of Nurse - Midwifery furent embauchées.

Dès lors, les femmes de la région ont reçu des soins prénataux et postnataux. Les sages-femmes étaient également responsables des accouchements. Malheureusement, ce programme fut de courte durée. Il se termina aux environs de 1963. Les conséquences de cet arrêt furent une chute des visites prénatales de 53,7% à 38,7% à la fin du projet, une augmentation de taux de prématurité 6,6% durant le projet à 9,8% à la fin de l'expérience. Dans l'ensemble, les taux spécifiques de mortalité infantile ont retrouvé les niveaux d'avant le projet et des niveaux supérieurs à ceux observés durant l'expérience.

L'arrêt du projet est dû essentiellement à l'opposition des médecins qui ne voulaient pas un partage du champ de l'accouchement bien qu'ils furent favorables aux soins prénataux dispensés par les sages-femmes.

---

14 Ibid.

3.2 Solutions québécoises

Les régions éloignées ne vivent pas les mêmes conditions d'accessibilité aux services que le reste du Québec.

Les diverses expériences américaines ont démontré qu'il était possible, dans des régions rurales et isolées, de faire appel à du personnel autre que médical pour combler leurs besoins en obstétrique. Le rôle de la sage-femme y apparaît comme bénéfique et son travail ne met pas en danger la santé et la sécurité de celles qui recourent à ses services. Au contraire, la sage-femme est souvent venue combler un vide et une absence quasi absolue de soins adéquats.

Du reste, les sages-femmes ont déjà oeuvré dans les régions isolées du Québec et du Canada. Notons que les Services médicaux du ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social engagent des sages-femmes pour ses dispensaires en régions isolées hors du Québec.

Soulignons que jusqu'en 1972, l'International Grenfell Association engageait des sages-femmes à son hôpital de Harrington Harbour. À cette date, cet hôpital fut transformé en pavillon pour personnes âgées et malades chroniques.

Les populations autochtones, les Indiens en particulier, réclament des services de santé adaptés à leur culture et à leurs besoins [15]. Ainsi, l'Association des Indiens de l'Alberta écrivait dans un document provisoire remis au Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et cité dans le rapport Hall

> "Les administrateurs des soins de santé pour les Indiens doivent allier des pratiques indiennes et des pratiques non indiennes pour obtenir les meilleurs résultats; ils doivent encourager le recours aux pratiques traditionnelles, par exemple aux services de la sage-femme"[16].

Il serait d'autant plus à propos au Québec de permettre à la sage-femme de travailler en régions isolées que le nombre de médecins dans ces régions d'ici 1984 est fort peu élevé et que les médecins sont peu enclins à exercer en régions. Par ailleurs, il faudra tenir compte dans la formation des sages-femmes du Nouveau-Québec du contexte culturel où celle-ci devra évoluer et songer à un programme de sage-femme adapté aux candidates cries et inuit.

Malgré le problème législatif, la structure même du système de santé québécoise permettrait d'intégrer une nouvelle intervenante en santé-obstétrique

---

15 Hall, E., "Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980. Engagement au renouveau", chapitre 8, Ottawa, 1980, 102 pages.

16 Hall, E., op. cit., p. 92.

en régions isolées. La sage-femme y aurait le même rôle que ses collègues des villes. Elle prendra en charge tout le processus de la grossesse et l'accouchement. On éviterait ainsi une partie des transferts à l'hôpital un mois avant la date prévue de l'accouchement, les accouchements normaux pouvant survenir au dispensaire du village ou au domicile de la future mère si les conditions de logement le permettent. Le suivi prénatal et post-natal pourrait se faire au domicile des femmes ou au dispensaire et c'est également la sage-femme qui orienterait vers les hôpitaux concernés les cas de grossesses à risque.

CONCLUSION

La description de la situation des régions isolées quant à l'accès aux services de santé et plus particulièrement aux services liés à la maternité traduit la nécessité des sages-femmes pour ces populations.

Comment sur de si vastes territoires garantir en cette matière une accessibilité potentiellement et relativement égale à celle des autres citoyennes québécoises, sinon en permettant aux sages-femmes d'y exercer leur profession? Pourquoi les femmes de ces régions devraient-elles, si leur grossesse s'avère normale, s'expatrier pendant plus d'un mois dans un milieu étranger alors que

des ressources adéquatement formées pourraient les aider à prendre en charge leur maternité?

Le cas du Nouveau-Québec fut particulièrement traité à cause de sa spécificité comme région totalement isolée. Mais la Côte Nord vit des réalités similaires sur une partie de son territoire, en particulier pour la moyenne et la basse Côte Nord. Cependant, faute d'une documentation adéquate, le comité n'a pas traité des particularités de cette région.

Par ailleurs, il est convaincu que mutatis mutandis, les conclusions générales s'appliquent aux populations tant blanches qu'autochtones de la Côte Nord.

BIBLIOGRAPHIE

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, "Annuaire du Québec 1978-1980", 1981.

DUVAL, D. et THÉRIEN, F., "Natalité, mortalité et morbidité chez les Inuit du Québec arctique", Recherches amérindiennes au Québec, vol. XII, no. 1, 1982, pp. 41-50.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, Service du Nouveau-Québec et des communautés autochtones, communications écrites et verbales, août 1982, Lise Gravel.

STATISTIQUE CANADA, Données du recensement canadien 1981, données non encore publiées, août 1982.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, "Les effectifs médicaux du Québec", Situation de 1978 à 1980 et projection pour 1984, novembre 1981.

LAURENDEAU, Francine, "Accoucher à l'hôpital", Thèse de maîtrise en sociologie. Université de Montréal, 1980.

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ LAVAL, Projet Nord, Département de santé communautaire, août 1982, communications verbales François Thérien.

MC CALLUM, W.T., "The maternity center at El Paso", Birth and the Family Journal, vol. 6, no. 4, hiver 1979, pp. 259-266.

BERNÈCHE, Francine, "Mortalité et morbidité hospitalière de la population du territoire cri, 1975-1977", Annexe du rapport annuel 1980-1981 du Module Nord, DSC Hôpital général de Montréal, octobre 1980, 47 pages.

ANNEXE IV

LOIS DES ÉTATS OU PAYS CITÉS

1. LOI DES PROVINCES DU CANADA

Alberta	:	R.S.A., 1980, Chapitre M-12 Medical Professions Act Articles 1, 18 (2) (23), 32 (1) (c), 76 (1) (4) (5)
Colombie Britannique	:	1979 R.S., Chapitre 254 Medical Practitioners Act Articles 36, 71
Île du Prince-Édouard	:	Chapitre M-8 Medical Act Articles 27, 29 (2), 43
Manitoba	:	1980-81, Chapitre M-k90 Medical Act Articles 1, 2 (1) d, 16, 66 (2)
Nouveau Brunswick	:	1958, Chapitre 74 Medical Act Articles 2 (1), 24 (1) (a) (b), 26k
Ontario	:	R.S.O., 1980, Chapitre 196 Health Disciplines Act
Québec	:	L.R.Q., Chapitre M-9 Articles 19, 31, 43
Saskatchewan	:	Chapitre M-10.1 Medical Professions Act Articles 28, 29, 80
Terre-Neuve	:	An Act Respecting the Practice of Midwifery, Chapitre 235

Territoire du Nord-Ouest: Medical Profession Ordinance
M-10
Articles 2, 3, 12, 13, 33 (1)

Yukon : Medical Profession Ordinance
1958 R.O., Chapitre 73
Articles 2, 8, 9, 12, 20

2. LOIS DES ÉTATS AMÉRICAINS

a) Loi spécifique aux sages-femmes

Alabama	:	Code of Alabama, Amended by Act 499-1976.
Arizona	:	Arizona Revised Statutes, Licensing and Regulation of Midwifery, Title 36, Chapter 6, Article 7, Section 36-752.
Arkansas	:	Arkansas Statutes of 1947, Act 1913, No. 96, para. 82-110, and "Rules and Regulations Pertaining to the Practice of Midwives in Arkansas, "Arkansas State Board of Health.
California	:	California business and Professions Code, Division 2, Chapter 6, Article 2.5, Section 2746 Nurse-Midwives; Section 2815.5, 1974.
Connecticut	:	Public Health Code, Chapter 3, Midwifery, Sections 19-13-C1 to 19-13-C3, revised September 24, 1971, Connecticut. Chapter 377, 20-76.
Delaware	:	Delaware State Board of Health, Rules and Regulations Pertaining to Midwives, Article 1, Chapter 25, 745, Section 2(1), September 28, 1943.
District of Columbia	:	Healing Art Practice Act, District of Columbia Code, 1967 Edition, Title 2, Chapter 1, Sections 2-113, 2-120 and 2-122.

Georgia	:	Georgia State Public Health Code, Chapter 88-14, Practice of Midwifery, 1964.
Guam	:	Government Code of Guam for Medical Practices, Title 28, Chapter IV, Midwives, 1952.
Hawaii	:	Public Health Regulation, Department of Health, State of Hawaii, Chapter 6, Midwives, 1960, Authorization: Revised Laws of Hawaii, 1955, Sections 46-15 and 46-15-1.
Kentucky	:	Kentucky Revised Statutes 211.090, 211.180. Kentucky Department for Human Resources, Bureau of Health Services (902 KAR 4:010) adopted February 13, 1975. Effective April 9, 1975.
Maryland	:	Annotated Code of Maryland (1957 Edition). "Midwives", Article 43, Sections 82 to 94 (Enacted 1924). Regulations of the State Board of Health Governing Licensing of Midwives, adopted February 1, 1957.
Minnesota	:	Minnesota Statutes Relating to midwives, Sections 148.30 to 148.32, 1967.
Mississippi	:	Rules and Regulations of the State Board of Health.
New Jersey	:	New Jersey Statutes Annotated, "Midfery", Chapter 10, Sections 45:10-1 to 45:10-16. Rules of New Jersey State Board of Medical Examiners, 13:35-9-8. Licensure by endorsement of midwives. Effective January 19, 1973.

New Mexico	:	New Mexico Statutes Annotated, 1953 compilation (1973 P. S.) Section 12-34, Powers and Authority of Department (Health and Social Services).
New York	:	State of New York Public Health Law, Title III, Control of Midwifery, Section 2560, June 1972. New York State Official Compilation of Codes, Rules, and Regulations, Title 10 (Health), Chapter I (State Sanitary Code), Part II, Sections 11.190 et seq., Nurse-Midwives, Adopted by the Public Health Council, January 31, 1975. Effective on February 21, 1975.
North Carolina	:	State of North Carolina General Statutes, Regulation of Midwives, Section 130 to 187, 1973 (1957, C 1357, S.1; 1973, C 475, S. 128).
Ohio	:	Ohio Revised Code, Regulating the Practice of Medicine and Surgery, Osteopathic Medicine and Surgery, Podiatry (Chiropody), Physical Therapy, Midwifery and Limited Branches, Section 4731.30 to 4731.341. Effective December 1, 1967.
Pennsylvania	:	Pennsylvania Act No. 155, Sections 1-4. An act to provide for the better protection of the lives, bodies and health of newborn children and parturient women by providing for the licensing and revocation of midwives, etc., 1911. Commonwealth of Pennsylvania, Department of State Commissioner of Professional and Occupational Affairs, State Board of Medical Education and Licensure, Rules and Regulations, Amended 1972.

Rhode Island	:	Statute 23-13-9.
South Carolina	:	Rules and Regulations Governing Midwives in the State of South Carolina, Executive Committee of the State Board of Health, Approved effective October 21, 1970.
Virginia	:	Rules and Regulations of the Board of Health, Commonwealth of Virginia, Governing the Practice of Midwifery, effective July 1, 1974. Statutory Authority: Code of Virginia, Sections 32-16.1 through 32.167.6.
Washington	:	Revised Code of Washington, Chapter 18.50, Midwifery, Sections 50.010 to 50.900, 1917. The Law Relating to Midwifery 1981, Chapter 18.50, RCW.
West Virginia	:	Code of West Virginia, Chapter 30, Article 15, Midwives, Sections 30-15-1 to 30-15-8, 1973.

Loi sur les infirmières

Arizona	:	Law Regulating the Practice of Nursing in Arizona, Chapter 15, Article 1, Section 32-1601.5 (e), September 1973. Rules and Regulations of the State Board of Nursing, Supplement 1, New Rule Section IV, Part II, A. June 27, 1973, Arizona.
Colorado	:	Colorado Revised Statutes of 1973, Chapter 97. Article 1, Professional Nursing Practice Act. Effective date January 1, 1974.
Connecticut	:	General Statutes of Connecticut, Revision of 1968 Chapter 378 - Nursing, Section 20-87.
Delaware	:	16 Del. Code 122 (3h).
District of Columbia	:	Joint statement.
Georgia	:	State of Georgia Code for Profesions, Businesses and Trades, Chapter 84-10, Nurses. Joint statement.
Idaho	:	Idaho Code, Chapter 84, Nurse Practice Act, Section 54-1413 (e). 1971.
Illinois	:	Illinois Revised Statutes 1967, Chapter 91. The Illinois Nursing Act, Sections 35.32-35.56.

Louisiana	:	Louisiana Revised Statutes of 1950, as amended by Act 166, Chapter 11, nurses 1966.
Maine	:	Maine Revised Statutes 1964, Amended 1974, Title 32, Chapter 31, Nurses and Nursing, Sections 2101 to 2108. Joint statement.
Maryland	:	Annotated Code of Maryland (1965 Replacement Volume), Nurses Licensing Act, Article 43,, Sections 290 to 302. As amended by Chapter 77 of the Acts of the General Assembly of Maryland, 1969. Joint statement.
Massachussetts	:	MSA Cumulative Supplement to chapters 111-112, Sections 80 C and D.
Minnesota	:	Minnesota Statutes 1971, Chapter 148, Sections 148.171 to 148.285, Registered Nurses.
Mississippi	:	Law Regulating the Practice of Nursing in Mississippi, Sections 73-15-1 to 73-15-35. Issued by Mississippi Board of Nursing, Jackson, Mississippi, 1974. Joint statement.
Montana	:	Revised Code of Montana 1947, Nursing Practice Act, Section 66-1246, "Licensing of Midwives," 1974.
Nevada	:	Nevada Revised Statutes, Law Relating to Nursing, Chapter 6.32, Sections 6.32.000 to 6.32.500, July 1, 1973.

New Hampshire	:	New Hampshire Revised Statutes, The Laws Relating to Registered Nurses et al, Annotated 326-A:2, Sections 1-12, as amended by Chapter 392, 1973, 326 B:10 Chapter 281 as amended by Chapter 402, 1979. Rules and Regulations for the Advanced Registered Nurse Practitioners, Part B, Section 3.1. Nurse-Midwifery, January 1, 1974, New Hampshire.
New Mexico	:	Nurse-Midwife Regulations for New Mexico, adopted by the State Board of Health, August 11, 1967. New Mexico Statutes Annotated, Nursing Practice Act, 1953 compilation, amended 1968 (1973 P.S.) Sections 67-2-1 to 67-2-28.
North Carolina	:	State of North Carolina General Statutes, Nurse Practice Act, Article 9, Section 90-158 to 90-172, with amendments through 1973.
Oregon	:	Oregon Revised Statutes, Chapter 678, Law Regulating the Practice of Professional Nursing as amended in 1973.
Rhode Island	:	Statute 23-1-1.
South Carolina	:	Code of Laws of South Carolina, Title 56, Chapter 17, Nurses, Section 56-951 to 56-1018, 1962 and 1969. Joint statement.
South Dakota	:	South Dakota Code of Laws, Nurse Practice Act, Section 36-9-3 (1) as amended 1972.

		Rules and Regulations of the State Board of Nursing, Chapter 20:48:04:02 (3), "Nurse-Midwife," January 1975.
Tennessee	:	Tennessee Code Annotated, Title 63, Chapter 7, Professional Nurses, amended in 1972. Addition to Nursing RN 32, Responsibility of Rules and Regulations of the Tennessee Board of Nursing Concerning the Licensure and Education of Registered Nurses, April 19, 1974.
Utah	:	Utah Senate Bill No. 158 An Act Relating to Nursing and Providing for the Licensing of Nurse-Midwives, Section 58-31-9, 1971.
Vermont	:	Vermont Statutes Amended, July 1974, Title 26, Chapter 24, An Act to Provide for the Regulation of the Practice of Nursing, Section 1552, Definitions. Joint statement.
Virgin Islands	:	Virgin Islands Code, Title 27, Chapter 1, Sub-chapter V, Nurse-Midwifery, 1960, amended in 1969. Virgin Islands Code, Title 3, The Board of Nurse-Midwife Examiners, Section 415 (a 5 and 415 (b) 5, 1960.
Washington	:	Revised Code of Washington, Laws of 1973, Law Regulating the Practice of Registered Nursing, Chapter 133, Sections 18.88.010 to 18.88.285. Board of Nursing Rules and Regulations, WAC 308-120-190 to 250, February, 1975.

Loi médicale

Colorado	:	Colorado Revised Statutes of 1973, Chapter 91. Medical Practice Act.
Florida	:	Florida Statutes, Chapter 458, Medical Practice Act, Section 458.13 (4), 1970. Rules, State of Florida, Department of Health and Rehabilitative Service, Division of Health Service-Medical and Related Fields, Chapter 10D-36, Part I, Lay-midwifery,, Part II, Nurse midwifery, 1971. Statute 464.001.
Illinois	:	Illinois Revised Statutes 1967, Chapter 91, The Illinois Medical Practice Act Section 1-392 Section 5.3, Midwifery.
Indiana	:	Indiana Medical Law of 1897 with Amendments through 1927, Indiana Statutes, Chapter 80, Section 6, Midwifery (as amended March 3, 1899, Acts 1899, p. 252) ou Medical Law ic 1971, Title 25, chapter 5, Section 5.
Louisiana	:	Louisiana Revised Statutes, Professions and Occupations, Chapter 15, Part III, Midwifery in Orleans Parish, Section 37:1331-1339, 1950.
Mississippi	:	Mississippi Code of 1942, Recompiled, Professions and Callings, Medical Practice Acts, Title 32, Chapter 10, Section 8887.
Missouri	:	Missouri Revised Statutes 1959 and Supplement to RSMo 1963, Occupations and Professions, Title 22, Chapter 334, Physicians and Surgeons, Section 334.190 to 334.20, Practice of Midwifery Limited.

Montana	:	Revised Code of Montana 1947, Medical Practice Act, Section 66-1012 (2) (j), 1974.
North Carolina	:	State of North Carolina General Statutes, Medical Practice Act, Article 1, Sections 90-1 to 90-21, with amendments through 1973.
Puerto Rico	:	Ley Tribunal Examinador de Medicos de Puerto Rico, Ley Num. 22, Articulo 20, Aprobada et 22 de Abril 1931. Segun has sido enmiendad hasta 1970. (Law on the Puerto Rico Board of Medical Examiners, Law No. 22, Article 20, Approved April 22, 1931, as amended through 1970). Regulamento para Comadronas Auxiliares, Departamento de Salud, Mar. 20, 1961. (Regulations for lay midwives, Department of Health, March 20, 1961).
Tennessee	:	Tennessee Code Annotated, Title 63, Chapter 1, State Licensing Board for the Healing Arts, 1953.
Wyoming	:	Wyoming Statutes-1957, Chapter 33, Physicians and Surgeons, Section 33-339, Practionners of Obstetrics and Midwifery.

3. LOIS DE CERTAINS PAYS EUROPÉENS

France: Code de la santé publique. Art. 473-483. Chapitre 4.

Grande Bretagne: Midwives Act, 1951, 14 et 15 Georges 6, chapitre 53.

The Nurses, Midwives and Health Visitors Act, 1979, chapitre 36, Halsbury's, Statutes of England, Third edition, vol. 49, Continuation volume 1979, London 1980.

The Central Midwives Board (Constitution) Order 1975, 1975 no 1986, Nurses and Midwives.

The Midwives Rules Approval Instrument 1980, Nurses Midwives and Health Visitors, 1980 no 1468.

Finlande: National Health Act.

Pays Bas: Bijlagen bij de Wet inzake bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw en apothekersbediende.

Statuten. Goedgekeurd Bij Koninklijk Besluit D.D. 5 February 1976. nr. 67. Huishoudelijk reglement Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.

Gouvernement du Québec
**Ministère de l'Enseignement supérieur,
de la Science et de la Technologie**

68-856-0061

1110-0010